

MediCongress präsentierte das 5. Zürcher Forum für Versorgungsforschung – neue Perspektiven öffnen

## Von Schnitt- zu Nahtstellen: Besser zusammenarbeiten

Alle betonen: «Der Patient steht bei uns im Zentrum». Aber zwischen Ansprüchen und Realitäten klaffen manchmal grosse Lücken. Nicht selten freut man sich an kleinen Prozessverbesserungen und betont die Effizienzsteigerung, ohne zu fragen, ob das, was man tut, auch sinnvoll ist. Es nützt wenig, die Dinge richtig zu tun, wenn es nicht die richtigen Dinge sind. Den Ursachen dafür geht das Forum für Versorgungsforschung, welches von der MediCongress GmbH, Dübendorf, konzipiert und organisiert wird, auf den Grund. Das Forum setzt den Akzent auf die Effektivität, denn letztlich geht es sehr wohl um die Patientenorientierung. Daran sind Akteure im Gesundheitswesen zu messen.

In einem System mit einem hohen Anteil an steuer- und sozialversicherungsfinanzierten Komponenten ist es angezeigt, die Mittel aus Sicht von Public Health sinnvoll einzusetzen, also so, dass die Wirkung bei effizientem Ressourceneinsatz am grössten sein dürfte. Die Zielpublika dafür sind bekannt: Es geht um ältere Menschen, um sozial Schwächere und um kostenintensive Patienten. In Zürich trafen sich Experten aus verschiedenen Bereichen: Leistungserbringer,

Gesundheitspolitiker, Kostenträger und Wissenschaftler präsentierten Vorschläge für ein wirkungsvolleres Vernetzen der verschiedenen Akteure innerhalb von Behandlungspfaden.

### Ein Hin und Her innerhalb komplexer Strukturen

Aufgrund ihrer Zuständigkeit und Verantwortung gehören die Kantone zu den wichtigsten

Stakeholdern im Gesundheitswesen. Der Zürcher Gesundheitsdirektor, Regierungsrat Dr. iur. Thomas Heiniger, betonte, wie entscheidend Bürgerinnen und Bürger seien, die über eine hohe Gesundheitskompetenz verfügen und verwies auf die vielen Schnittstellen bei einer Behandlung: «Unser Gesundheitssystem ist ein komplexes. Eintrittsmöglichkeiten gibt es viele: über den Hausarzt, als Notfall oder mit einer Geburt. Genauso vielseitig sind die Pfade, die

Das aktuelle Thema der besseren Vernetzung von Leistungserbringern in der Behandlungskette lockte viele TeilnehmerInnen nach Zürich. Sie bereuten es nicht.





Er strahlt zu recht: Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, Zürcher Gesundheitsdirektor, äusserte sich pointiert zu den Schnittstellen der Versorgung und zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung – ein Referat, das viel Beachtung fand.

danach durch das System führen. Im Idealfall sind sie kurz, passend und zielführend. Doch es kann auch andere Fälle geben: ein Hin und Her zwischen Institutionen und Fachpersonen, mit Brüchen, Informationsverlusten und Schnittstellen.»

Die Schnittstellen beschränkten sich nicht nur auf die Versorgung, sondern betreffen auch Finanzierung, Gesetzgebung, Versicherung oder Trägerschaften. Die Optimierung dieser Schnittstellen sei daher eine grosse Herausforderung und es bestehe durchaus viel Potenzial. «Als Vorsteher der Gesundheitsdirektion habe ich in erster Linie das Gesamtsystem im Blick. Bei seinen zahlreichen Akteuren, komplexen Strukturen und differenzierten Angeboten sind die Leistungserbringer nur ein Zahnrad von vielen. Doch hier wollen wir insbesondere ansetzen.»

### Vor lauter Bäumen den Wald sehen

Patienten haben es nicht leicht: Bei und nach einem Eintritt in die Gesundheitsversorgung sehen sie sich mit einer Vielzahl von Einrichtungen, Zuständigkeiten, Regelungen und Verfahren konfrontiert. Hier bestehen zahlreiche potenzielle Brüche in der Versorgungskette. Diese bergen das Risiko mangelnder Koordination, von Informationsverlusten, Ineffizienz oder Fehlversorgung. Heiniger: «Die einzelnen Institutionen können noch so gute Leistungen erbringen, funktioniert ihr Zusammenspiel nicht, dann findet auch keine optimale Versorgung statt.» Deshalb hat sich der Kanton Zürich in der laufenden

Legislaturperiode das Ziel gesetzt, für bessere Schnittstellen zu sorgen.

### Rettungswesen und Versorgungsstrukturen optimieren

Ein gutes Beispiel für eine bessere Vernetzung kommt im Ziel «Qualität und Effizienz des Zürcher Rettungswesens optimieren» zum Ausdruck. Bei der Notfallorganisation als wichtigem Teil der Versorgungskette müssen Alarmierung, Rettungseinsatz mit Transport ins Spital jederzeit und überall bestmöglich funktionieren; das gelte für jedes Element und die gesamte Kette im Zusammenspiel. «Hier hat die GD gemeinsam mit den Einsatzleitzentralen, Vertretern der Rettungsdienste, Ärzteschaft, Spitäler und Gemeinden Massnahmen ausgearbeitet, um das Rettungswesen zu optimieren. Neben Massnahmen zur Qualitätssteigerung gehören dazu auch eine Nächst-Best-Strategie für kürzere Hilfsfristen und mehr Effizienz», fasste Heiniger zusammen.

Generell gelte es, Versorgungsstrukturen und -prozesse qualitätsorientiert zu optimieren. Schnittstellen seien dabei ein Thema bei der Auseinandersetzung mit der nationalen Demenzstrategie. Die GD organisiert daher jedes Jahr ein Demenzforum mit den wesentlichen Akteuren aus diesem Gesundheitsbereich, wo es um die Koordination über die Gesundheitsversorgung hinaus gehe und auch weitere Akteure betreffe, die mit dem Thema in Kontakt kommen, beispielsweise aus dem Bereich des Verkehrs. Der nächste Schritt sei deshalb die Gründung einer

koordinierenden Organisation. Ihre Aufgabe wird es sein, Programme zu lancieren, die langfristige Präsenz in Öffentlichkeit und Fachwelt haben.

### Aufgeklärtere Patienten können das System gesunden lassen

Aus Patientenperspektive ist es entscheidend, gut informiert und aufgeklärt zu sein. Der zentrale Faktor ist die Gesundheitskompetenz. Sie bedeutet, dass die Patienten in der Lage sind, passende Informationen zu verstehen und Entscheidungen zu treffen bezüglich Behandlung und Leistungserbringern. Ziel ist es, die Lebensqualität positiv zu beeinflussen.

Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand stehen miteinander in Verbindung. Heiniger verwies auf Studien, die zeigen, dass Menschen mit höherer Gesundheitskompetenz ihre Gesundheit besser einschätzen. Auch verhalten sie sich eher gesundheitsförderlich als Menschen mit niedriger Gesundheitskompetenz. «Je nach Grad der Gesundheitskompetenz gibt es zudem deutliche Unterschiede im





Patienten. Gesundheitskompetenz betreffe alle Akteure des Gesundheitssystems.

«Fachpersonen wie Hausarzt, Apotheker oder Therapeut sind zentrale Ansprechpersonen», betonte der Regierungsrat. «Sie können helfen, die Komplexität des Systems und damit die Anforderungen an den Patienten zu reduzieren. Ihre Art zu kommunizieren unterstützt den Patienten bei der Krankheitsbewältigung, bei Prävention und Gesundheitsförderung oder bei Behandlungsentscheiden – oder sie behindert ihn. Und gute, adressatengerechte Kommunikation erleichtert die Navigation im Gesundheitssystem ganz erheblich. Daher können gerade auch Organisationen die Komplexität des Systems und der Situationen mit kompetenter, verständlicher Information reduzieren.»

### Weiter forschen und effizienter vernetzt zusammenarbeiten

Wie wichtig Gesundheitskompetenz ist, zeigen Studien wie die European Health Literacy Survey. Sie unterstreicht, wie es um die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung steht. Die Forschung zeigt auch den grossen Nutzen von Gesundheitskompetenz, indem sie Zusammenhänge zwischen Kompetenz und gesundheits- und krankheitsbezogenem Verhalten, Gesundheitszustand und der Nutzung des Gesundheitssystems untersucht. Auch kann die Gesundheitskompetenz die Kosten beeinflussen. So wird geschätzt, dass durch eingeschränkte Kompetenz Kosten von 3–5% der jährlichen Gesundheitsausgaben entstehen (Allianz Gesundheitskompetenz, 2016).

Gesundheitsverhalten. Die Gesundheitskompetenz hat einen grossen Einfluss auf den Umgang mit Schnittstellen. Je höher das Wissen über das Gesundheitssystem ist, desto besser kann der Patient darin navigieren. Es zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen dem Niveau der Gesundheitskompetenz und der Nutzung des Systems. Menschen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz nehmen Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch, nutzen aber Präventionsangebote seltener.»

Eine Studie aus Deutschland (Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, Ergebnisbericht 2016) zeigt beispielsweise, dass Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz häufiger den Arzt besuchen. Auch für ärztliche Notdienste, den ärztlichen Bereitschaftsdienst und die Notaufnahme ist mit abnehmender Gesundheitskompetenz eine häufigere Nutzung festzustellen. Deutliche Unterschiede zeigen sich zudem bei den Spitalaufenthalten: Während weniger als zehn Prozent der Befragten mit sehr guter Gesundheitskompetenz im letzten Jahr einen Spitalaufenthalt verzeichneten, waren es bei Befragten mit inadäquater Gesundheitskompetenz fast 40 Prozent.

Und leider zeigen Umfragen, dass die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung im internationalen Vergleich nur gerade Mittelmass ist. Lediglich 46% der Bürgerinnen und Bürger

weisen eine gute bis sehr gute Kompetenz auf. In Polen sind es hingegen 58%, in Irland 60% und in den Niederlanden gar 72%.

### Die Gesundheitskompetenz mit Nachdruck steigern

Der Zürcher Gesundheitsdirektor sieht Gesundheitskompetenz nicht alleine als Sache der

Für mehr Koordination auf allen Versorgungsstufen plädiert Univ.-Prof. Dr.med. Stephanie Stock. Entscheidend sei insbesondere das Zusammenspiel von Case und Care Management.



## Aktive Gesundheitsdirektion

«Solche Erkenntnisse rütteln auf», so Heiniger weiter. «In Zürich hören wir auf die Forschung. Deshalb ist ein Projekt dazu in der Startphase: «Gesundheitskompetentes Zürich» – der Name ist Programm. Die Zürcher Bevölkerung soll gesundheitskompetenter werden. Dafür ist derzeit eine Reihe von Umsetzungsprojekten in Vorbereitung. 2019 geht es los. Auch wissenschaftliche Aspekte sind zentral. Eine regelmässige Erhebung der Gesundheitskompetenz ist ein entscheidender Teil des Projekts, genauso wie die Evaluation der Umsetzungsprojekte. Die Wirksamkeit der Massnahmen soll genau beobachtet werden. Die Bedeutung von Gesundheitskompetenz wird in Zukunft noch weiter wachsen. Sie ist ein Instrument, wie den vielen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung entgegen gewirkt werden kann.»

Wichtig sei hier insbesondere der Rollenwandel der Patienten. Die strikte Hierarchie zwischen Arzt und Patient ist einer partnerschaftlichen Beziehung gewichen. Die Gesundheitskompetenz sei wesentlich, damit die Patienten die beste Option für sich wählen können.

Auch auf der Seite der Leistungserbringer ändert sich viel, indem sie mit Methoden wie Shared Decision Making oder stärkerer Einbindung ihrer Patienten zu besseren Versorgungsergebnissen gelangen.

Das sei angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems ein ständiges Thema: «Die vielen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bieten eine breite Angebotspalette. Sie erschwert es Patienten, die für sie richtige Anlaufstelle zu entdecken. Das kann zu Über-, Fehl- oder Unterversorgung führen. Auch hier kann die Gesundheitskompetenz Besserungen bringen. Schliesslich bringt mehr Kompetenz bei der Alterung der Bevölkerung oder der wachsenden Zahl chronisch Kranker ebenfalls positive Effekte.»

## Neue Herausforderung Informationsflut

Die Digitalisierung bringe einen leichteren Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen. Doch wie bei Big Data gelte auch hier die Feststellung: Eine grosse Menge von Informationen bedeutet noch lange nicht, dass diese Informationen auch sinnvoll genutzt werden.



Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier legt die Finger auf grosse Wunden wie Fehlanreize zur Leistungserbringung und fordert die richtige Behandlung am richtigen Ort.

Denn mit der Vielfalt an Informationen hat auch die Unübersichtlichkeit zugenommen. Auch hier ist Gesundheitskompetenz entscheidend, weil sie hilft, Informationen zu filtern und zu werten.

## Clever diktieren in der Schweizer Cloud

Kolibra: Intuitiv - flexibel - sicher

Sie suchen eine Lösung zur effizienten Erstellung Ihrer Dokumente?

Mit unseren Diktatmanagement- und Spracherkennungs-Lösungen unterstützen wir Sie bei der Optimierung Ihrer Arbeitsabläufe.

Dank unserer webbasierten Spracherkennungs- und Diktierlösung Kolibra arbeiten Sie nun noch flexibler. Kolibra ermöglicht Ärztinnen und Ärzten jederzeit und ortsunabhängig auf eine hochverfügbare Lösung zugreifen zu können, ohne eine eigene Installation unterhalten zu müssen.

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



Kolibra ist ein Service von Voicepoint.

Voicepoint auf der IFAS.

23. - 26.10.2018, Halle 7 Stand 124

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!





Schneller und schonender, aber gleichzeitig in hervorragender Qualität operieren – das stellt Dr. med. Daniel Herren von der Schulthess Klinik vor.

Kompetenter handeln zu können, betrachtet Dr. Thomas Heiniger als das A und O bezüglich des Gesundheitsverhaltens: «Gesundheitskompetenz wirkt überall mit. Sie ist keine einfache, aber eine simple Antwort auf ein komplexes System.»

### Koordinierte Versorgung umsetzen

«Es braucht mehr Koordination in der Versorgung», forderte Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock, Gesundheitsökonomin Universität Köln. Sie verwies auf die «Cochrane Review» (Review of Systematic Reviews of Care Coordination Interventions, 2007). Hier wurden 43 Reviews mit Care Coordination als Fokus mit unterschiedlichen klinischen Diagnosen und 20 verschiedenen Koordinierungsstrategien untersucht. Die häufigsten vernetzten Vorgehensweisen waren Multidisziplinäre Teams (MT), Case Management (CM) und Disease Management (DMP).

Das Gesamtergebnis fiel relativ klar aus: Es gibt Hinweise, dass Interventionen zur Koordination der Versorgung die gesundheitlichen Outcomes verbessern. Es ist keine dominante Intervention auszumachen. DMPs und MTs scheinen allerdings die Versorgung konsistent zu verbessern. Zur Gesamtbeurteilung wurden die Kosten von 22 Reviews adressiert. Für DMPs waren sie überwiegend kosteneffektiv. Für alle anderen Interventionen war die Datenlage zu schlecht für ein eindeutiges Fazit.

Als klassisches Case Management-Beispiel prä-sentierte die Wissenschaftlerin das «Guided Care

Modell», das aus acht Elementen besteht und sich in der Praxis bewährt hat:

1. Umfassendes Assessment
2. Evidenz-basierter Versorgungsplan
3. Selbstmanagementkurse
4. Coaching
5. Monitoring
6. Integration der Versorgung (einschliesslich Entlassmanagement)
7. Edukation der Angehörigen
8. Koordination von sozialer, pflegerischer und medizinischer Versorgung

### Disease Management-Programme bringen entscheidende Vorteile

Angesichts der stark alternden Gesellschaften unterstrich Prof. Stephanie Stock die hohe Bedeutung von Disease Management-Programmen (DMP). Wenn in Deutschland bis 2050 der Anteil der über 85-Jährigen – der am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe – um 250% angestiegen sei und heute schon Langzeit-Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Probleme das Gesundheitsbudget enorm belasten, werde es künftig nur noch teurer, namentlich würden die Pflegekosten die Medikamentenkosten immer deutlicher übertreffen. Deshalb seien strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen sehr bedeutungsvoll.

Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patienten müssen über den gesamten Verlauf einer (chronischen) Krankheit und über die Grenzen der einzelnen Leistungserbringer hinweg koordiniert sowie auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter aktueller Erkenntnisse (medizinische Evidenz) optimiert werden. Die Silos Medizin-Pflege-Sozialdienste seien aufzubrechen. Bei weniger fragmentierter Versorgung sinke vor allem die Wahrscheinlichkeit unnötiger Hospitalisationen. Ganz entscheidend sei schliesslich die Koordination von Case und Care Management, die systematische Begleitung chronisch Kranker zuhause mit regelmässigen Assessments.

### Die richtigen Anreize setzen

Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier warnte vor finanziellen Fehlanreizen. Diese könnten beispielsweise zu speziellen Sektor-Schnittstellen führen. In Deutschland falle etwa auf, dass wegen des ambulanten Globalbudgets der Anteil ambulanter Spitalbehandlungen recht gering ausfalle und die Gesamtkosten ungünstig beeinflusse. Bei der Integrierten Versorgung sei es wichtig, auf die Behandlungsqualität zu achten.

In Deutschland führe der Übergang vom Akutspital zur Reha mittlerweile in rund 85% der Fälle zu Anschlussheilbehandlungen, was wesentlich wirkungsvoller sei als die früher übliche reine Kur.

Vorsicht wiederum sei geboten, wenn bei einzelnen Berufsgruppen im stationären Sektor die Solidarität zu den Berufskollegen grösser sei als zum Spital. Organisations-psychologisch erschwere das die optimale Integrierte Versorgung. Ebenso zu beachten gelte es die Aufsplitterung von Ärzte-Kategorien in Sub-Spezialitäten im Spital. «Dort, wo das sehr ausgeprägt ist», so Oggier, «liegen auch die Behandlungskosten tendenziell höher.»

Schliesslich könnten Interessenskonflikte bessere Schnittstellen gefährden. Oggier nannte hier die Rollenkonflikte bezüglich Grund- und Zusatzversicherungen bei den Krankenversicherern, die Totalfinanzierung von Unfallfällen bei der Suva bei gleichzeitigem Betrieb eigener Kliniken und die Mehrfachrolle der Kantone als Ersteller der Spitallisten, Betreiber von Spitälern und Finanzierer stationärer Leistungen.

### Schnittstellen in der Langzeitpflege

Die richtige Behandlung am richtigen Ort ist entscheidend. So würden Multimorbide nicht per se in die Geriatrie gehören, da diese Kranken ja nicht zwangsläufig auch bejahrt sein müssen. Eine Fehlallokation beeinträchtigt die Gesamtsicht der Leistungserbringung. Optimale Schnittstellen seien namentlich in der Langzeitpflege zu finden. Hier könne sich das Gesundheitssystem aufgrund der Alterung keine suboptimale Vernetzung der Akteure leisten.



Am wichtigsten seien erstklassig gelöste Schnittstellen bei Unfällen, weil es hier pressiert, und bei chronisch kranken Patienten, weil deren Behandlung lange Zeit in Anspruch nimmt.

Grosse Probleme aufgrund des Hausärztemangels sieht der Gesundheitsökonom künftig in der Versorgung ländlicher Gebiete. In diesem Zusammenhang wäre es sinnvoll zu überprüfen, welche Leistungen künftig von nicht ärztlichen Fachpersonen erbracht werden können. Ein probates digitales Mittel sieht er in Video-Konsultationen. «Ein weiterer Ansatz wäre der Umbau kleiner Landspitäler zu niederschwellig zugänglichen «Shop-in-the-Shop»-Gesundheitszentren, welche auch eine kleinere Anzahl stationärer Betten vorhalten. Solche Modelle haben sich auf interdisziplinärer Basis bereits in Finnland bewährt.»

### Begünstigt «Gesundheit 2020» bessere Schnittstellen?

Möglichkeiten zur besseren Vernetzung böte eigentlich die Gesundheitsstrategie 2020 des Bundesrates. Dr. Willy Oggier bedauert allerdings, dass hier die Rehabilitation kaum erwähnt wird und prospektive Ideen für die Integrierte Versorgung fehlen.

Anders angepackt hat das ebenfalls kleine Dänemark seine vergleichbare Ausgangslage. Hier wurde ein Strukturfonds geschaffen und gleichzeitig fünf starke Spitalregionen gebildet, die übers ganze Land verteilt sind. Jede Region kann nun entscheiden, beim Fonds mitzumachen oder nicht. Als finanzieller Anreiz wurde definiert: Der Zentralstaat übernimmt 50% künftiger Investitionen, wenn die Spitalregion zustimmt, eine einheitliche Planungs-Philoso-



Ganz wichtig sind optimale Nahtstellen bei der Behandlung Demenzkranker. Das verhindere Fehlbehandlungen, unterstreicht Prof. Dr. habil. Thomas Klie.

phie umzusetzen, die Kosten für die betriebliche Harmonisierung aufzubringen und einen definierten hohen Digitalisierungs-Standard zu implementieren. Vielleicht könnte die Schweiz von Dänemark lernen. Insbesondere die Digitalisierung hätte schon beträchtliche Vorteile bezüglich der Schnittstellen unter verschiedenen Leistungserbringern gezeitigt. Der Experte sieht gerade hier wesentliche Erleichterungen: «Wir könnten gerade bei den oft umständlichen Kostengutsprachen in der Rehabilitation wesentliche Vereinfachungen erreichen und bis zu 98% der KoGu einsparen.»

### Die Gesundheitsversorgung neu überdenken

Oggier plädierte für eine gründliche Neuorientierung: «Wir sollten die Gesundheitsversorgung neu überdenken. Dabei geht es ums Erfüllen regional differenzierter Anforderungen wie das Schaffen flächendeckender ländlicher Grund- und Konzentration hoch spezialisierter Angebote, den Ausbau der Reha-Finanzierung auch auf berufliche und soziale Bereiche und das Einfüh-



Chronisch Kranke müssen lange Zeit behandelt werden, meist sind sie auch multimorbid. Dr. med. Dirk Horenkamp-Sonntag spricht sich für eine Verbesserung von Disease Management-Programmen aus.

ren von Community Health Nurses zur Unterstützung der medizinischen Grundversorgung.»

In Betracht zu ziehen sei weiter eine Reduktion der Strukturbrüche, wobei die einheitliche Finanzierung ambulanter wie stationärer Leistungen (EFAS) gut sei, aber ein Einbezug der Langzeitpflege nötig wäre. Ganz wichtig sei überdies, eine Brücke zu bauen zwischen Unfall-, Invaliden- und Krankenversicherung.

Last, but not least befürwortet Oggier Anreize zur Netzwerkbildung. So könnte künftig die Aufnahme in die Spitalliste davon abhängig gemacht werden, ob eine Bereitschaft zur Versorgungsstatt zur Leistungsorientierung vorliege und ob eine erhärtete Kompetenz zur wirkungsvollen Therapie multimorbider Patienten vorhanden sei. Nicht zu vergessen gelte es ferner, dass wir auch disruptive Prozesse im Gesundheitswesen zulassen müssten, denn neue Anbieter ausserhalb der bekannten Kanäle würden sich immer mehr bemerkbar machen; neben Migros und Coop sind das insbesondere internationale Konzerne wie Google oder Amazon.



## Special 2: 5. Zürcher Forum für Versorgungsforschung



Am Ende des ersten Tages des Forums genossen die TeilnehmerInnen eine Schifffahrt auf dem Zürichsee mit kulinarischen und musikalischen Leckerbissen.

### Mehr ambulant operieren und beim stationären Aufenthalt optimieren

International steht die Schweiz mit nur 16% ambulanter Eingriffe in der Orthopädie relativ weit unten auf der Rangliste; in Dänemark beträgt der Anteil 50% und in Kanada gar 68%. «Hier besteht zweifelsfrei Potenzial für mehr ambulante Operationen», stellte Dr. med. Daniel Herren, Chefarzt Handchirurgie/Orthopädie, Schulthess Klinik Zürich, fest. «Allerdings sind die meisten unserer Patienten rund 75 Jahre alt. Da steht auch sehr eine optimierte Leistungserbringung im Fokus. Wir nennen sie «Initiative Rapid Recovery».

Das Ziel besteht darin, eine optimierte Patientenversorgung primär bei Hüft- und Knieprothesen zu erreichen. In der Schulthess Klinik werden aktuell 25 000 Hüft- und über 21 000 Knieprothesen eingesetzt; das Wachstum ist gross: 2003 betragen die entsprechenden Zahlen erst 16 000 resp. 8 700. – Der Weg zur Optimierung besteht in verbesserten Abläufen, optimalem Ressourcen-Einsatz, individualisierten Abläufen, rasche-

rer Genesung, weniger Komplikationen und erhöhter Patientensicherheit.»

### Fünf Etappen zum Erfolg

Das Konzept der Schulthess Klinik sieht fünf Etappen vor: Indikation, Vorbereitung, Operation, Rehabilitation und Nachkontrolle.

- **Indikation:** Hier geht es ums Bestimmen des richtigen Weges für den richtigen Patienten: Massgebend sind die lokale Befundaufnahme, der Allgemeinzustand, das Umfeld, die Angehörigen und die persönliche Wohnsituation. Daraus ergibt sich der richtige Zeitpunkt des Eingriffs, durchgeführt vom am besten geeigneten Orthopäden.
- **Vorbereitung:** Eine sorgfältige Patientenschulung ist das beste Fundament: Was kommt wann auf ihn zu? Zur optimalen Vorbereitung kann Physiotherapie gehören, in jedem Fall der Einbezug der Angehörigen, eine gute Planung, klare Terminierung des Eingriffs, Einsatz bester Technik und schliesslich die medizinische Vorbereitung.

- **Operation:** Hier dominiert der klassische professionelle Ablauf: Anästhesie, prä-, peri- und postoperative Betreuung. Zeitlich beginnt es mit der psychologischen Patientenvorbereitung – dem Umgang mit dem Eingriff –, dem Einsatz bestens geschulten Personals, was eine Reduktion der OP-Zeit bringt, und führt wo immer möglich zu einer schonenden minimal invasiven Chirurgie. Vorteilhaft ist es, die Voraussetzung zu schaffen, den Patienten sofort zu mobilisieren, wobei bei minimal invasiver Chirurgie nachweislich eine raschere Genesung erfolgt. Immer mehr an Bedeutung gewinnt auch die Roboter-gestützte Chirurgie:
- **Rehabilitation:** Es muss ein sofortiger Beginn der Mobilisation nach der Operation erfolgen. Das vermittelt Sicherheit und erleichtert die Schmerzkontrolle. Kritisch sind die ersten 48 Stunden. Der Patient soll möglichst rasch in die gewohnte Umgebung zurückgeführt werden: «Der Alltag ist der beste Therapeut». Ausserdem spielen eine gute Spitex- Organisation und ambulante Physiotherapie zu Hause eine wichtige Rolle. Hier können wiederum die Angehörigen wesentlich mithelfen.

- **Nachkontrolle:** «Darunter verstehen wir in erster Linie Qualitätskontrolle. Optimized Recovery toleriert keine Abstriche an den Langzeitresultaten», sagte Dr. Herren unmissverständlich.

### Ständige Verbesserung des Prozesses

Der Chefarzt ist überzeugt, dass die Operateure viel von ihren Patienten lernen können. Das trage dazu bei, die Behandlung zu verbessern und die Verweildauern weiter zu senken. Der finanzielle Effekt durch Reduktion der durchschnittlichen Spital-Aufenthaltsdauer ist erstaunlich: Eine «Milchbüchleinrechnung» ergibt bei 50000 Patienten mit Hüft- und Knieprothesen pro Jahr in der Schweiz sowie jeweils drei Tagen Hospitalisations-Einsparung und 1500 Franken Kosten pro Tag total 225 Millionen Franken Einsparung und – so Dr. Herren – «zudem weniger Komplikationen.»

### Schnittstellen bei der Betreuung Demenzkranker

Im DAK<sup>1</sup>-Report 2017, geleitet von Prof.Dr.habil. Thomas Klie, Evangelische Hochschule Freiburg, Alpen Adria Universität Klagenfurt/Wien, ging es um Fragen im Rahmen der Demenzerkrankung:

- Welche Einstellungen, Präferenzen, Vorstellungen und Wünsche sind in der Bevölkerung bezogen auf ein Leben mit Demenz verankert?
- Wie bildet sich die Pflege und medizinische Behandlung von Menschen mit Demenz in den Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung ab?
- Welche Erfahrungen haben DAK-Versicherte gesammelt, die ihre an Demenz erkrankten Angehörige begleiten?
- Wie können gute Sorge-Arrangements für Menschen mit Demenz und ihre An- und Zugehörigen gestaltet werden?

### Emotionale Kompetenzen und Humor

Interessant sind in diesem Rahmen folgende Beurteilungen, ob ein gutes Leben mit Demenz möglich sei: Bezüglich emotionaler Kompetenzen von Menschen mit Demenz sehen dies 77% der Angehörigen, jedoch nur 48% der BürgerInnen ohne Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit Demenz. Ob Menschen mit Demenz Humor besitzen, bejahen 49% der Angehörigen, hingegen bloss 17% der BürgerInnen ohne Erfahrungen in der Begleitung Demenzkranker.

Eigenartig und ungelöst erscheinen die Ergebnisse bezüglich der gewünschten Wohnsituation Dementer. Nur 26% aller Befragten halten den eigenen Haushalt für den besten Wohnort, 20% präferieren eine örtlich nahe gelegene Wohngruppe, 16% ein gutes Pflegeheim, 15% würden den Haushalt von Angehörigen bevorzugen, aber eine relative Mehrheit hat gar keine Antwort parat.

Tatsächlich werden jedoch mehr als 2/3 der Menschen mit Demenz von ihren Angehörigen versorgt, 65% ausschliesslich von ihnen, 1/3 leben in Heimen und nur gerade 1.8% in Wohngruppen – Wünsche, die allerdings nicht umfassend genug ausgedrückt werden, und Realität klaffen auseinander. Unsicherheit kommt zum Ausdruck. Professionelle Pflege ist gefragt, viele Erkrankte und ihre Angehörigen misstrauen aber der Qualität von Langzeiteinrichtungen. «In jedem Fall ist Respekt den Demenzkranken gegenüber etwas ganz Massgebliches», hielt Prof. Klie fest.

# FREIBURGER INFEKTOLOGIE- UND HYGIENEKONGRESS

10. - 12. Oktober 2018

UNTER DER SCHIRMHERRSCHAFT VON  
GESUNDHEITSMINISTER JENS SPAHN







Über-, Unter- und Fehlversorgungen sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders prekär. Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Karwautz aus Wien zeigt die Folgen.

### Stark steigende Kosten vor und nach Demenzdiagnose

Im Durchschnitt über alle Demenzpatienten steigt das Inanspruchnahme -Verhalten in nahezu allen betrachteten Versorgungssektoren bereits vor der ersten Demenz-Diagnose sukzessive an und mündet schliesslich in eine sprunghafte Zunahme, sobald die Erstdiagnostik erfolgt. Entsprechend steigen die Kosten der Pflegeleistungen (häusliche Krankenpflege, stationäre Pflege, Kurzzeitpflege) nach der Erstdiagnose erwartungsgemäss besonders stark an.

Danach steigen im ambulanten Bereich vor allem die Anteile Pflegebedürftiger mit diagnostizierter Harninkontinenz und Störungen der Mobilität. Ein signifikantes Wachstum besteht auch bei Herzinsuffizienz, Depressionen, nicht klassifiziertem Schmerz (hauptsächlich bei Frauen) und Sturzneigung. Demgegenüber findet ein Rückgang von Diagnosen im ambulanten Sektor nach der Demenzdiagnose statt, z.B. bei Akkom-

modationsstörungen und Refraktionsfehlern, Rückenschmerzen, Stoffwechselstörungen sowie – insbesondere bei Männern – bei Impfungen bzw. bei Frauen bei der Dokumentation funktioneller Implantate.

### Viele Psychopharmaka und Spitalaufenthalte

Aufschlussreich ist die Veränderung in der Medikation. Im stationären Bereich kommt es nach Demenzdiagnose signifikant häufiger zu Behandlungsfällen aufgrund von Volumenmangel, Delir oder Frakturen des Femurs. Der Anteil von Pflegebedürftigen mit einer Antipsychotika-Verordnung steigt nach Demenzdiagnose signifikant um mehr als das Doppelte an. Nahezu jeder zweite Demenzpatient bekommt nach Diagnose mindestens einmal eine derartige Verordnung. Der Anteil der Patienten, die unmittelbar nach Diagnose mit Antidementiva behandelt werden, liegt bei ca. 18%.

Die Kostenentwicklung ist dementsprechend gewaltig. Die Kosten der Patienten vor und nach der Diagnose verdoppeln sich in der Kranken- und Pflegeversicherung in den jeweiligen Hauptleistungsbereichen von 12768 Euro auf 24128 Euro. Über 40% der Gesamtkosten von pflegebedürftigen Demenzpatienten entstehen durch die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, 70% der Kassen-Leistungen stammen von Krankenhausfällen und Medikamentenverordnungen. Es wäre also sehr wertvoll, für bessere Versorgungsstrukturen und optimale Schnittstellen zu sorgen.

Das wird insbesondere deutlich, wenn man die zehn häufigsten Inanspruchnahme-Muster pflegebedürftiger Demenzpatienten betrachtet: Bei neun findet mindestens ein stationärer Aufenthalt nach Demenzdiagnose statt bzw. bereits 75% der Dementen weisen im Folgejahr der Erstdiagnose einen Spitalaufenthalt auf. Bei lediglich 15% aller Patienten besteht sowohl ein Jahr vor als auch ein Jahr nach Diagnose keine Spitalbehandlung. Besonders ausgeprägt ist diese Situation in ländlichen Gebieten und in den neuen Bundesländern.

### Neue, angepasste Strukturen schaffen – Fehlbehandlungen vermeiden

Die Situation droht aus dem Ufer zu laufen. Häusliche Sorge, so Prof. Klie, werde als Gefängnis angesehen, als zunehmende Isolation. Hier steigen die Bedeutung von Netzwerken und professioneller Angebote, die auf Entlastung, auf Aktivierung und Beratung hin ausgerichtet sind. Diese erreichen die Haushalte jedoch kaum.

## 6. Zürcher Forum für Versorgungsforschung: 4./5. Juli 2019

### MediCongress setzt erfolgreichen Event fort

Das nächste Zürcher Forum für Versorgungsforschung findet am 4. und 5. Juli 2019 wiederum in Zürich statt. Das höchst aktuelle Thema der optimalen Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer ist bereits die sechste Auflage, was beweist, wie wichtig eine diesbezügliche Plattform für alle beteiligten Akteure ist.

Die Fachleute von MediCongress konzipieren, planen und organisieren Kongresse, die wirken. Als professionelle Kongressorganisation im Gesundheitswesen, denken und wirken sie mit Herzblut für die betreuten Anlässe. Sie schaffen Knotenpunkte, die inspirieren und den Meinungsaustausch in Gang bringen. Nicht nur als Organisatoren, auch als Verfasser eines stimmigen Ganzen. Drei Zielgruppen und Inhalte stehen im Fokus: Fachwissen für Ärzte, Managementpersonen und die Öffentlichkeit.

Weitere Informationen zum Zürcher Forum für Versorgungsforschung wie auch zu den andern Veranstaltungen von Medicongress finden Sie unter [www.medicongress.ch](http://www.medicongress.ch).

«Erschreckend ist das schlechte Image von stationären Pflegeeinrichtungen», stellte der Referent fest. «Beratung kommt vor Ort nicht an. Es braucht ein tragfähiges Leitbild für die Zukunft, eine geteilte Verantwortung.»

Das Fazit des Experten sieht wie folgt aus:

- Die Einstellungen in der Bevölkerung haben grossen Einfluss auf die «Kultur der Sorge».
- Eine übermässige Medikalisierung ist zu überwinden.
- Unsicherheit und Solidaritätsbereitschaft deuten auf Beratungsbedarf und Demokratisierungspotenziale hin.
- Die kommunale Sorgepolitiken sind zu stärken.
- Die in Teilen feststellbare dramatische Fehlversorgung von Menschen mit Demenz (unnötige Klinikaufenthalte) ist zu eliminieren.
- Es braucht eine regionale Steuerung. Die Hermetik der häuslichen Sorgearrangements ist dadurch zu lockern. Professionelle Strukturen müssen Brücken in die Haushalte bauen.

### Disease Management-Programme und Qualitätssicherung

Zur Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen gibt es in der deutschen Krankenversicherung Disease Management-Programme (DMP). Diese präsentierte Dr. med. Dirk Horenkamp-Sonntag, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, WINEG Wissenschaftliches Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, Techniker Krankenkasse Hamburg/Berlin. Er betrachtete dabei die Gefahren einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung und wie sich aus der Routinedatenanalytik mit Krankenkassendaten Leitlinienvorgaben in der Versorgungswirklichkeit umsetzen lassen.

Aktuell gibt es beispielsweise in Berlin Programme für folgende Indikationen: Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), koronare Herzkrankheit (inkl. Herzinsuffizienz) und Brustkrebs. Der Aufwand, der mit der Betreuung der Patienten innerhalb des Programms (Einschreibung, Dokumentation, Schulung) entsteht, wird gesondert vergütet. Vertraglich geregelt ist, dass die Abrechnung der Sonderleistungen nur für eingeschriebene Patienten erfolgen darf. Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen die Abrechnung von DMP-Leistungen nicht anerkennen, weil die Patienten nicht oder nicht mehr im Programm eingeschrieben ist.

### Klare Vorgaben – umfassende Dokumentation

Der Start erfolgt mit der Einschreibung über die Teilnahme mit Einwilligungserklärung. Während der Therapie ist eifrig zu dokumentieren, wobei ein Teil der vorgeschriebenen Dokumentation dazu dient, die dauerhafte Teilnahme der Patienten am Programm zu belegen und damit die Vergütung der Sonderleistungen zu gewährleisten.

Die Dokumentation besteht aus zwei Teilen: Im indikationsübergreifenden Teil werden u.a. die grundlegenden administrativen und allgemeine Daten sowie die für die Behandlung wichtigen Komorbiditäten erhoben. Für jede Erkrankung schliesst sich ein eigener, indikationsspezifischer zweiter Teil an. Die Dokumentationsdaten werden komplett elektronisch erfasst und an die Datenstelle gesendet (Erst- und Folgedokumentation). Die Übermittlung erfolgt abschliesslich beleglos.

Um einen Patienten wirksam in ein Programm einzuschreiben, müssen alle administrativen Erfordernisse erfüllt sein. Werden innerhalb des festgelegten Intervalls keine Dokumentationen an die Datenstelle übermittelt, wird der Patient von der Krankenkasse aus dem Programm ausgeschlossen. Für bereits abgerechnete Leistungen könnte das Honorar nicht gezahlt oder zurückgefordert werden. Entscheidend, um



Rückschlüsse auf die Qualität der erbrachten Leistungen gewinnen zu können, ist natürlich der Grad der Teilnahme an DMP. Die Praxis, so Horenkamp, zeige nun aber, dass das sehr unterschiedlich erfolge. Während die Dokumentation im Falle von Diabetes mellitus Typ 2 (DMP-Doku für Netzhaut-Untersuchung) gut sei, treffe das beispielsweise für Asthma (DMP-Doku für stationäre Notfallbehandlungen) nicht zu.

### Neue Verfahren haben es oft schwer, anerkannt zu werden

Wesentlich ist im Weiteren der Evidenz-Nachweis für die Aufnahme neuer Verfahren in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Der Experte schilderte das anhand der Brachytherapie als möglicher neuer GKV-Leistung.

Die Brachytherapie ist eine Form der internen Strahlentherapie für den lokal begrenzten Prostatakrebs. Es werden hierbei kleinste Strahlenquellen (sogenannte Seeds) aus Titan und Jod-125 in die Prostata eingesetzt. Insgesamt ist die Brachytherapie für ein gut selektioniertes Patientengut ein attraktives, minimal invasives Verfahren mit einem günstigeren Nebenwirkungsprofil als die Chirurgie oder die externe Bestrahlung.





Hier hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Ende 2009 nach sieben Jahren Beratungszeit beschlossen, die Beratung über die Brachytherapie als ambulante GKV-Leistung für zehn Jahren auszusetzen, um durch vergleichende Studien mehr Erkenntnisse zu gewinnen, was zeige, wie schwierig es eine erfolgversprechende Therapie habe, in den Grundversicherungskatalog aufgenommen zu werden. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, der über die Aufnahme von Leistungen in die GKV entscheidet.

Bei der beschriebenen Indikation verbleiben zahlreiche methodische Limitationen, so dass valide Aussagen zur vergleichenden Nutzenbewertung allein auf Basis von GKV-Routinedaten nicht möglich sind. «Die Limitationen liessen sich minimieren», so Horenkamp, «wenn im Rahmen einer Datenzusammenführung (Datenlinkage) die Ergänzung um klinische Angaben aus Primärdatenerhebungen (u.a. Krebsregister) sowohl zur Differenzierung lokal begrenzter Tumorstadien als auch für die Therapiezuordnung und die Nachbeobachtung möglich wäre.»

### Gefahr von Überversorgungen

Interessant sei ausserdem die Beurteilung, ob Überversorgungen existieren. Ein deutlicher Verdacht dazu komme bei der radiologischen Diagnostik bei Rückenschmerzen auf. So hätten in Deutschland 28.7% der Versicherten innerhalb der ersten sechs Wochen nach Beginn der

Rückenschmerzen eine radiologische Diagnostik erhalten. Dabei handelte es sich um Versicherte mit erstmaligen unspezifischen Rückenschmerzen, bei denen ausschliesslich nach Beginn der Rückenschmerzen eine radiologische Bildgebung erfolgt ist.

### Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einen Zehn-Jahres-Vergleich für Österreich wagte Univ.-Prof. Dr.med. Andreas Karwautz, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie am AKH – Medizinischer Universitätscampus Wien und Vizepräsident der ÖGKJP. Er fragte: Was wurde erreicht, was bleibt zu tun?

Karwautz verwies auf die bedauerliche Geschichte geistig behinderter Kinder und Jugendlicher während der Nazi-Zeit (Anstalt Spiegelgrund) und schilderte, dass in Österreich bis 2007 kein Sonderfach für diese Disziplin existierte. Die fachärztliche Versorgung war nur seit 1974 als Additivfach zu den «Mutterfächern» Pädiatrie, Psychiatrie bzw. Neurologie existent. KJP-Versorgungsstrukturen waren daher bundesweit bis vor relativ kurzer Zeit gar nicht vorhanden, ebenso keine Ausbildungsstrukturen und Bedarfszahlen.

### Ein grosser Bedarf an Therapie besteht

Ein grösseres Angebot therapeutischer Strukturen wäre wünschenswert, argumentierte Karwautz. So ist zwar die Prävalenz von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten mit 23% bei Jugendlichen in Österreich mit anderen

europäischen Stichproben vergleichbar (der Wert liegt im europäischen Mittelfeld) – wie es in der Studie «Mental Health in Austrian Teenagers, MHAT) zum Ausdruck gelangte – , aber nur 22% der Betroffenen erhalten eine Diagnose. Dabei sind Internalisierende Verhaltensauffälligkeiten häufiger als externalisierende. Letztere sind allerdings über die Schulstufen



hinweg steigend. Die Inanspruchnahme einer Behandlung bei Internalisierenden Störungen ist sehr gering, die Dunkelziffer der Betroffenen entsprechend hoch.

### Internationales Engagement

Als positiv wertete Karwautz das Mitmachen Österreichs am internationalen Programm «Integrating Technology into Mental Health Care Delivery in Europe – I care». Deren Ziele sind Adaptierung, Implementierung und Verbreitung von Evidenz-basierten Online-Interventionen zu verschiedenen psychischen Gesundheitsproblemen (Essstörungen, Depressionen, Angststörungen, Adipositas, Alkohol- und Drogenmissbrauch). Es findet eine Kombination aus Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention statt. Ebenso erfolgt ein Vergleich der Effektivität, Akzeptanz und Machbarkeit der Interventionen innerhalb und zwischen den teilnehmenden Ländern. Weiter existiert die Entwicklung einer gemeinsamen Online-Plattform für alle eingesetzten Online-Interventionen. Schliesslich wird ein Online-Screening für verschiedene Mental Health-Probleme initiiert.

Aufschlussreiche Daten erwarten die Forscher von zwei Studien. Die erste befasst sich mit der Förderung eines gesunden Essverhaltens und der Risikoreduktion von Essstörungen und Adi-

positas. Zielgruppe sind SchülerInnen im Alter von 14 bis 19 Jahren; beteiligte Länder der randomisiert-kontrollierten Studie sind Österreich und Spanien.

Studie 2 beschäftigt sich mit der Prävention häufiger psychischer Erkrankungen. Zielgruppe sind hier UniversitätsstudentInnen im ersten Studienjahr, die ein Risiko für eine psychische Erkrankung aufweisen. Beteiligte Länder sind Österreich und Grossbritannien.

### Es bleibt viel aufzuholen

Neben dem nötigen Ausbau geeigneter stationärer Einrichtungen ist es gerade die Ausbildung, bei der ein hoher Nachholbedarf besteht. Wohl hat die Stundenzahl für Psychiatrie in der Medizin-Ausbildung generell zugenommen und «die derzeitige Mangelfachregelung könnte den Fachärzte-Mangel ausgleichen. Aber die Bundesländer haben ihren Versorgungsauftrag und Ausbildungsauftrag bisher nur teilweise erfüllt. Sogar eine Verdoppelung der Ausbildungsstellen könnte das vorhandene Defizit erst in 20 Jahren wettmachen», analysierte Karwautz.

Zusammenfassend lasse sich jedoch feststellen: «Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein modernes Sonderfach der Medizin. Die MHAT-Studie zeigt europaweit vergleichbare Prävalenzen für Schüler in Österreich. Die Entstehung der Störungen ist bio-psycho-sozial. Die Therapien sind wirksam (Psychotherapie, Psychopharmaka wie auch die Integrative Therapie).»

Als wesentlich erachtet der Psychiater die Prävention mit modernen (auch Online-) Mitteln. Noch sei die aktuelle Versorgungslage in Österreich mangelhaft und heterogen. Die – positive und auch negative – Geschichte des Sonderfaches sei immer mit zu reflektieren. Karwautz: «An der Entwicklung des Faches mitzuarbeiten, ist jedoch ein spannender und lohnender Prozess, denn Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Zukunftsfach.»

### Fulminanter Schlusspunkt: Kanton Zürich verleiht Preis für Versorgungsforschung

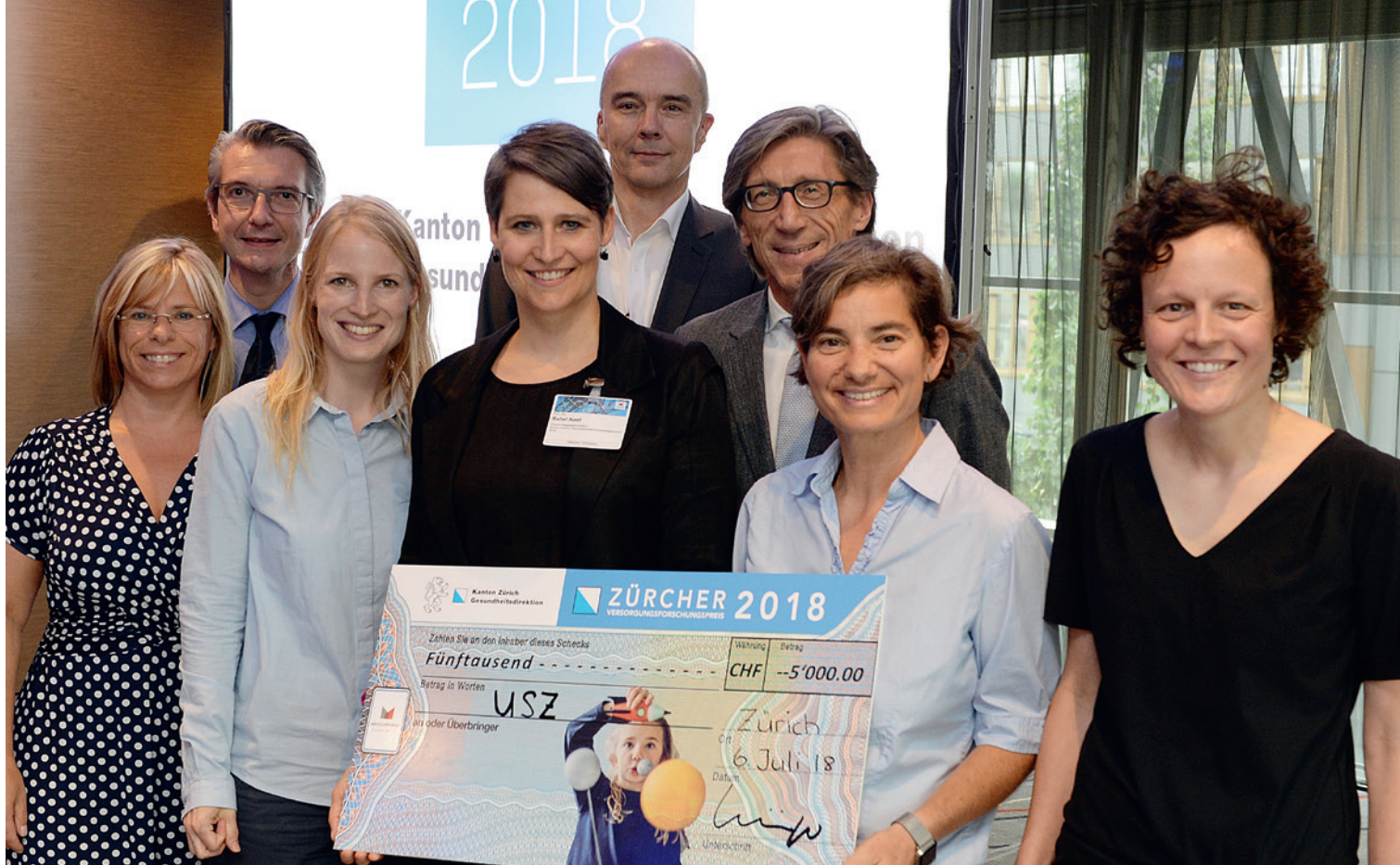
Der Kanton will die Versorgungsforschung weiter stärken und hat dafür den Zürcher Versor-



**MAGNA – EINER FÜR ALLES.**  
SEINE VIELFALT MACHT IHN EINZIGARTIG.



brunner ::  
[www.brunner-group.com](http://www.brunner-group.com)



Der Kanton Zürich will die Versorgungsforschung weiter stärken und schuf den Zürcher Versorgungsforschungspreis. Erste PreisträgerInnen sind eine Forschungsgruppe aus dem USZ unter der Leitung von Rahel Naef, PhD, RN Klinische Pflegewissenschaftlerin, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, und Paola Massarotto, MN, RN Leiterin Projekte und Prozesse, Institut für Intensivmedizin (Vierte und Fünfte von links).

gungsforschungspreis ausgeschrieben. Erster Preisträger des mit insgesamt 30000 Franken dotierten Preises ist ein Projekt zur pflegerischen Unterstützung von Angehörigen kritisch erkrankter Patientinnen und Patienten. Die erstmalige Übergabe des Preises für Versorgungsforschung durch Gesundheitsdirektor Dr. Thomas Heiniger bildete einen erstklassigen Abschluss des 5. Forums für Versorgungsforschung.

Christoph Franck, Leiter Abteilung Projekte und Entwicklung der Zürcher Gesundheitsdirektion, präsentierte das Konzept des neu geschaffenen Preises: «Die medizinische Forschung wird eingeteilt in Grundlagenforschung, translationale Forschung, klinische Forschung und Versorgungsforschung. Während sich die Grundlagenforschung und zu einem grossen Teil auch die translationale Forschung isoliert in Laboratorien abspielen, finden die klinische Forschung und vor allem auch die Versorgungsforschung unter den normalen Bedingungen des menschlichen Alltags statt. Die Versorgungsforschung wird deshalb oft auch als «letzte Forschungsmeile» auf dem langen Weg «vom Reagenzglas zum Patienten» bezeichnet.

Sie ist das wichtige Gegenstück zur Grundlagenforschung, weil sie untersucht, welche Wirkung und welchen Nutzen zu welchem Preis Versorgungsleistungen unter den komplexen Voraussetzungen des Alltages erzeugen. Die Versorgungsforschung zeigt beispielsweise auf, welche Behandlungsverfahren für Patienten über alles

gesehen den grössten Behandlungserfolg mit sich bringen oder die Lebensqualität merklich verbessern.»

### Neue Forschung anstossen

Um die Versorgungsforschung in der Schweiz und vor allem auch im Kanton Zürich zu fördern, unterstützt die Gesundheitsdirektion seit seiner Lancierung vor fünf Jahren das Zürcher Forum für Versorgungsforschung und hat dieses Jahr erstmals den Zürcher Versorgungsforschungspreis ausgeschrieben. Im Unterschied zu anderen Forschungspreisen wird mit dem Zürcher Preis nicht Forschung, die bereits durchgeführt worden ist, prämiert, sondern neue Forschung angestossen. Dazu wird die jeweils zur Verfügung stehende jährliche Preissumme von insgesamt 30000 Franken aufgeteilt in drei Tranchen, die gestaffelt zur Auszahlung gelangen: die erste zur Prämierung der Forschungsidee, die zweite für den ausgearbeiteten Umsetzungsplan und die dritte nach erfolgreicher Durchführung des Forschungsprojekts.

Eine unabhängige Jury, bestehend aus je einer Vertretung der Patienteninteressen, der Wissenschaft und der Gesundheitsdirektion, hat die Projekteingaben verglichen und bewertet. Sie hat einstimmig das Projekt «Familien von kritisch erkrankten Patient(inn)en unterstützen: Entwicklung, Einführung und Evaluation eines innovativen, pflegegeleiteten Unterstützungsangebots für Familien auf der Intensivstation», eine

gemeinsame Eingabe des Zentrums für klinische Pflegewissenschaften und des Instituts für Intensivmedizin des UniversitätsSpitals Zürich, zum Sieger erkoren.

### «Versorgungsforschung stellt rechtzeitig die richtigen Fragen»

Für Regierungspräsident Dr. Thomas Heiniger soll der Preis mithelfen, die Versorgungsforschung, die in der Schweiz noch zu wenig Beachtung findet, zum Thema zu machen. «Versorgungsforschung stellt rechtzeitig die richtigen Fragen. Sie befasst sich mit konkreten Anwendungssituationen. Sie hilft – etwas pointiert formuliert – bei der Suche nach der effizientesten und effektivsten Gesundheitsversorgung», beschreibt Heiniger die Bedeutung und den Nutzen der Versorgungsforschung.

Die nächste Durchführung des Versorgungsforschungspreises ist für 2019 geplant. Zur Teilnahme eingeladen sind auch Forschungsprojekte von Institutionen ausserhalb des Kantons Zürich. Weitere Informationen zum Thema unter [www.versorgungsforschungspreis.ch](http://www.versorgungsforschungspreis.ch)

1 Die DAK-Gesundheit mit Sitz in Hamburg ist eine bundesweit tätige deutsche Krankenkasse. Sie ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und bietet Abdeckung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bilder: Peter Brandenberger, MediCongress, [www.kongress-foto.ch](http://www.kongress-foto.ch)