

6. Zürcher Forum für Versorgungsforschung von MediCongress –
Bestehendes kritisch hinterfragt

Wo hört der Bedarf auf und wo beginnt das Bedürfnis?

Wenn auch die Kosten für die stationäre Behandlung, je nach Standort, sinken oder zumindest stabil bleiben, wachsen die Gesundheitskosten ambulant, bei den Medikamenten und diversen Therapien. Die Wünsche sind hoch und die Ansprüche nehmen zu. Das bringt die Leistungserbringer und noch mehr die Kostenträger in die Bredouille. Welche Bedürfnisse gilt es zu erfüllen und welcher Bedarf soll sichergestellt werden? – mitunter eine Quadratur des Kreises. Gut gibt's das jährliche Forum. Wir picken die Rosinen für Sie heraus.

Der Kanton Zürich weist als grösster Kanton enorme Ausgaben fürs Gesundheitswesen aus. Das ruft nach sorgfältiger Kontrolle und gezielter Steuerung. Jörg Gruber, Abteilungsleiter Versorgungsplanung der Gesundheitsdirektion, zeigt die Problematik anschaulich. So fordere der Bund (KVV), dass «die Planung für eine bedarfs-

gerechte Versorgung (...) die Sicherstellung der stationären Behandlung im Spital oder Geburtshaus umfasst sowie der Behandlung in einem Pflegeheim.» – Reicht das als Auftrag an den Kanton? Dort wiederum heisst es: «Die Leistungsaufträge werden unter den sich dafür bewerbenden Spitalern und Geburtshäusern

denjenigen erteilt, die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind.»

Subjektiver oder objektiver Bedarf?

Da ist es nicht immer leicht, den subjektiven vom objektiven Bedarf zu unterscheiden. Gruber





Prof. Dr. Stefan Felder, Ordinarius der Uni Basel für Health Economics, präsentiert, wie überhöhte Angebote zu Über- und Fehlversorgung führen.

bezeichnet als subjektiven Bedarf («Bedürfnis») den Wunsch Einzelner, einer Region oder einer Berufsgruppe nach Versorgungsleistungen. Die objektive Betrachtung («Bedarf») hingegen sieht als Basis die evidente, rational und wissenschaftlich erfassbare Notwendigkeit nach Versorgung. Im Kanton Zürich betreibt die Gesundheitsdirektion daher eine aktive Versorgungsplanung: «Das ist ein stetes Spannungsfeld zwischen Angebot und Nachfrage. Es gilt Unterversorgung, bedarfsgerechte Versorgung und Überversorgung zu erkennen. Ziel ist ein Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage unter Berücksichtigung des Bedarfs sowie der Zugänglichkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Angebote. Die Rolle des Kantons in diesem Spannungsfeld zwischen «Bedarf» und «Bedürfnis» besteht im Bewerten, Bemessen, Kontrollieren und Regulieren.»

Mindestfallzahlen und Zugänglichkeit

Ein gutes Beispiel ist die Versorgungsdichte. Gruber: «Da heisst es wirklich Abwägen zwischen Bedarf und Bedürfnis. Wo sinnvoll, ist sicher eine Konzentration der Angebote durch Mindestfallzahlen erwünscht, wodurch wir eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit erwarten. Es gilt aber auch verkürzte Wegzeiten zu berücksichtigen, verbesserte Genesungsprozesse aufgrund optimierter Patientenpfade und Einbezug des sozialen Umfelds. Das ist zweckmässig, insbesondere bei multimorbiden und in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen, Beispiel akutneurologische Frührehabilitation.»

Bedarf evidenzbasiert messen und Indikationsqualität kontrollieren

Im Kanton Zürich werden die erbrachten Leistungen genau unter die Lupe genommen. Bei der Indikationsqualität werden beispielsweise Hüft- und Knieprothesen überprüft. Das Bedürf-

nis ist klar: Patienten haben Knie- und Hüftbeschwerden, sie möchten Linderung. Der objektive Bedarf ist ein anderer. Gruber: «Die sehr hohen Eingriffsraten in der Schweiz – wir sind OECD-Spitzenreiter mit der doppelten Anzahl Eingriffe gegenüber dem Durchschnitt – lassen daran zweifeln, ob tatsächlich immer eine medizinische Notwendigkeit besteht.» So wurde 2018 ein Qualitätscontrolling-Konzept zusammen mit swisorthopaedics eingeführt zum Erfassen aller Fälle mit primären Hüft- und Knieprothesen, inkl. Fragebogen vor und ein Jahr nach Operation zur Überprüfung der Indikationsqualität; im zweiten Quartal 2020 sind Auswertung der ersten Daten vorhanden.

Bei Missständen reguliert der Kanton, Beispiel «ambulant vor stationär». Gewisse Patienten möchten vor wie nach der Operation in Genuss der Hotellerie kommen und nicht frisch operiert nach Hause gehen. Andere möchten das Spital möglichst schnell verlassen. Objektiv ist eine medizinische Notwendigkeit für stationäre Behandlungen bei ausgewählten Eingriffen nicht gegeben. Die Qualität (Infektionsgefahr) und höhere Kosten sprechen gegen einen stationären Eingriff.

Ein weiteres Beispiel wäre die «Wunsch-Section». Die Kaiserschnittquote in der Schweiz liegt bei 32.3%. Bei mehr als 15% sinkt die Mutter- und Kind-Mortalität und -Morbidität gemäss WHO nicht weiter. Hier, so Gruber, sei allerdings im Moment keine Regulierung vorgesehen.

Von Moderator Felix Schneuwly (links) freundlich in die Zange genommen: Daniel Staffelbach, Rechtsanwalt, Partner Walder Wyss AG Zürich.





Der wissenschaftliche Leiter von MediCongress, Dr. oec. HSG Willy Oggier, hatte wiederum ein hochkarätiges Programm zusammengestellt.



Das Forum wurde erstmalig mit der neuen Vorsteherin der Gesundheitsdirektion Zürich, Regierungsrätin Natalie Rickli, als Trägerin durchgeführt.



Was Bedarf und Bedürfnisse mit ethischen Aspekten zu tun haben, zeigt Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Stiftung Dialog Ethik.

Gesundheitsförderung und integrierte Versorgung

Aufgrund seines grossen Erfahrungsschatzes sei es das gescheite aktive Handeln, das massgebend sei, meint Prof. Dr. med. Thomas Zeltner, VR-Präsident der KPT Krankenversicherung. Gemäss Peter Drucker könne man zwar die Zukunft nicht voraussagen, aber sehr wohl

steuern. Dazu seien Modelle als Ausgangsbasis noch immer probate Mittel.

Als ebenso entscheidend betrachtet Zeltner gezielte Massnahmen zur Gesundheitsförderung und eine systematische Integrierte Versorgung namentlich der komplexen Fälle, die rund 80% unserer Gesundheitskosten verursachen. Das sei deshalb so entscheidend, weil Studien zeigen,

dass das eigene Verhalten 37% zur Gesundheit beitrage, die Umweltbedingungen 22% und die Versorgung mit medizinischen Angeboten nur gerade 11%. Die zweite Massnahme, so der optimistische Referent, könnte zusammen mit der ersten zwischen 25 und 40% der bisherigen Kosten sparen, insbesondere wenn noch die enormen Chancen von Health Literacy und Digitalisierung genutzt würden.

Alles steht bereit: Eine erstklassige Organisation und leckere Verpflegungen zwischendurch sorgen für beste Laune und gutes Gelingen.



Ganz konkret: Was bietet hier der Hausarzt?

Bedarf und Bedürfnisse aus Sicht der Versorgungsforschung erläutert Prof. Dr. med. Thomas Rosemann vom Zürcher Institut für Hausarztmedizin. Kritisch geht er mit erbrachten Leistungen ins Gericht. So sei etwa bei einem degenerativen Meniskusschaden eine konservative Behandlung durchaus angezeigt. Es ergebe sich langfristig kein Unterschied in Schmerz und Funktion im Vergleich zum Eingriff und naturgemäss keine Thrombosen und Infektionen. Der Operationsbedarf tendiere gegen null.

Bedürfnisse würden eben stark durch ausgebauten Angebote kreiert. Der erfahrene Wissenschaftler nennt den Wachstumsmarkt Herzkatheter: «In der Realität ergibt sich in mehr als der Hälfte der Katheter kein krankhafter Befund. Diese Patienten hätten durch einen nicht-invasiven Test (Veloergometrie, Cardio-CT usw.) vorher «assortiert» werden können.» Entsprechend hätte man gespart.

Value Based Healthcare

Rosemann plädiert für patientenrelevante, klinische Outcomes – Value Based Healthcare. Dabei geht es ums Festhalten des erreichten oder erhaltenen Gesundheitszustands, die Nachhaltigkeit des Gesundheitszustandes und die Messung diverser weiterer Qualitätsaspekte. Als Ergebnis resultieren daraus Patient Reported Outcome Measurements (PROMs), valide klini-

sche Indikatoren oder Hospitalisationen: «Das Ziel sind patientenorientierte Outcomes anstatt reiner Mortalitätsdaten. Diese Outcomes sind miteinander zu vergleichen, um einen Wettbewerb in Gang zu setzen. Es muss zudem die Indikationsqualität anhand externer Evidenz erfasst werden. Die Umsetzung geschieht über Integrated Practice Units mit «Bundle Payments» für die gesamte Versorgungskette.» Als guten Ansatz sieht Rosemann das FIRE-Projekt des USZ mit der Uni Zürich: «Es ist prädestiniert, um die Qualität und Leistung der Hausarztmedizin abzubilden, weil es die Performance abbildet.»

Den Nettonutzen der Patienten im Visier

Gepfeffert ist die Zusammenfassung Rosemanns: «Wir brauchen eine stärkere Ausrichtung medizinischer Interventionen auf den Nettonutzen für den Patienten im Sinne von Value Based Healthcare. Dazu braucht es eine valide Erfassung von Indikatoren, die nicht nur Struktur- oder Prozessindikatoren und einfache Outcomes wie Mortalität umfassen dürfen, sondern auch patientenrelevante Outcomes. Daten von Krankenversicherungen können eine Annäherung liefern (Hospitalisationen), aber Projekte wie FIRE liefern eine höhere Granularität und Validität. Die Versorgung insbesondere chronischer Erkrankungen ist ein Kontinuum. Die Vergütung sollte idealerweise die gesamte Versorgungskette involvieren, um einer Fragmentierung der Versorgung entgegen zu wirken. Es bedarf einer Forschung, wie der jeweilige «Patient Value» zu definieren ist und wie dieser ideal erfasst und

nachhaltig erreicht wird. Diese Forschung nennt man Versorgungsforschung.»

Bedarf, Bedürfnis, Betrug?

Bedarf und Bedürfnis haben naturgemäss mit Mengen und Preisen zu tun. Im Element fühlt sich dabei Prof. Dr. Stefan Felder, Ordinarius der Uni Basel für Health Economics. Es ginge theoretisch einerseits um eine preisunabhängige Nachfrage und andererseits um eine medizinisch notwendige Versorgung. Wo aber der maximale Nutzen für die Patienten überschritten wird und ein abnehmender Grenznutzen zu wirken beginnt, fängt die Überversorgung an. Bei sehr geringem verbleibendem Nutzen müsse gar von einer Fehlversorgung gesprochen werden. Also gelte es, das Optimum anzustreben. Natürlich ist die harte Wirklichkeit eine andere.

Um den aus den Ufern laufenden Angeboten und der Über- oder Fehlversorgung vorzubeugen, gelte es, sich Art. 32 KVG in Erinnerung zu rufen. Eine optimale Versorgung muss «wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. (...) Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. (...) Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit werden periodisch überprüft.» Und, so Felder: «Nichts ist absolut nötig. Die Nachfrage nach Leistungen ist eben durchaus preisabhängig. Zudem reagieren Leistungserbringer auf Anreize. Wenn Ärzte selbst dispensieren dürfen, verschreiben sie mehr und teurere Medikamente.» Die Ökonomen Kaiser und Schmid berechneten

Das Versorgungsforschungs-Forum ist eine tolle Plattform des Erfahrungsaustauschs, was mit grosser Freude und rege genutzt wird.





Qualität und ihre Messung, um zu verlässlichen Daten für die Beurteilung erbrachter Leistungen zu gelangen, erachtet eine kompetente Forums-Diskussionsrunde als sehr wichtig. Mit viel persönlichem Elan diskutieren (v.l.n.r.): Dr. med. Urs Stoffel, Facharzt für Allgemeine Chirurgie FMH/Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Marcel Baumgartner, Managing Director Switzerland (CEO) Siemens Healthcare, Dr. Gianni Roberto Rossi, CEO Rehaklinik Bellikon, Dr. oec. HSG Willy Oggier, Moderator, Prof. Dr. med. Gregor Zünd, CEO/Vorsitzender der Spitaldirektion Universitätsspital Zürich, und lic. phil. Erika Ziltener, Dipl. Pflegefachfrau/Präsidentin Dachverband Schweiz. Patientenzentren Zürich.

2014 ein enorm hohes Plus von 34 % für die Ärzte, die Medikamente abgeben, gegenüber ihren andern Berufskollegen.

Auch die Menge stationärer Leistungserbringung ist positiv mit der Baserate verknüpft, wie Felder et al. im «Krankenhausreport» 2013 errechneten. Dort, wo das Relativgewicht einer DRG steigt, nimmt das Volumen zu. Zum gleichen Schluss kam der Sachverständigenrat Gesundheit in Deutschland vor zwei Jahren. – Was ist es denn nun wirklich, was in der Diskussion mit Bedarf und Bedürfnis beschrieben wird, etwa gar Betrug?

Es geht um Gesundheitskompetenz

In einem hervorragenden Referat kommt Christoph Franck, Abteilungsleiter Projekte & Entwicklung der Gesundheitsdirektion Zürich, auf einen entscheidenden Aspekt: «Wir sind in allen Lebenssituationen damit konfrontiert, dass sich Bedürfnisse oft widersprechen oder zumindest unterschiedliche Handlungsrichtungen nahelegen und dass wir deshalb laufend mit der Frage konfrontiert sind, welches Bedürfnis wir höher gewichten und welches tiefer. Es geht um Entscheide, die wir fällen müssen: für etwas, gegen etwas anderes, beispielsweise für eine konservative Behandlung oder eine Operation. Wenn es um Entscheide geht, die die eigene Gesundheit betreffen, spricht man von Gesundheitskompetenz.»

Gesundheitskompetenz ist erwerbbar und man kann sie auch messen. Die Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung wurde 2015 im Auftrag des BAG parallel zum sogenannten «Health Literacy Survey» der EU mit dem glei-

chen Fragebogen gemessen, der 47 Items enthält. Die Ergebnisse sind für die Schweiz ernüchternd: Der Anteil der Menschen mit problematischer Gesundheitskompetenz lag bei über der Hälfte, nämlich rund 54 %. Zum Vergleich: Der Anteil der Befragten mit problematischer Gesundheitskompetenz lag in Deutschland bei rund 45 % und in den Niederlanden, dem Spitzenreiter, bei nur rund 29 %.

Im Rahmen des Programmes «Gesundheitskompetenz Kanton Zürich» wurde die gleiche Erhebung Ende 2018 für eine repräsentative Stichprobe der Zürcher Bevölkerung durchgeführt, u.a. um auch einzelne Gruppen mit problematischer Gesundheitskompetenz identifizieren zu können, die in der gesamtschweizerischen Erhebung von 2015 nicht gemessen werden konnten. Die Überlegung war, für diese Gruppen gezielt Massnahmen entwickeln zu können. Die Ergebnisse bestätigen in vielen Bereichen die Vermutungen: Die Zürcher Bevölkerung unterscheidet sich als Ganzes nicht von der Schweizer Bevölkerung. Grosse Unterschiede zeigen sich je nach Alter, Bildungsgrad und sozialem Status der Befragten. Dass auch Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten über eine problematische Gesundheitskompetenz berichten, überrascht ebenfalls nicht. Nur geringe Unterschiede wurden hingegen gemessen zwischen den Geschlechtern und zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund.

Für eine bessere Gesundheitskompetenz

«Mehr Kompetenz verbessert die Wirksamkeit von Behandlungen durch höhere Compliance,

sie führt zu einer Reduktion unnötiger Leistungen aufgrund bewussten Verzichts, erhöht die Chancengerechtigkeit und die Zugänglichkeit sozial schwacher Bevölkerungsgruppen zur Versorgung, beeinflusst das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zum Beispiel bezüglich Ernährungsgewohnheiten tendenziell positiv und reduziert in der Summe all dieser Effekte die Gesundheitskosten», bringt es der Referent auf den Punkt. «Das Kostensparpotenzial wird in wissenschaftlichen Studien auf etwa 3 bis 5 % der Gesamtausgaben geschätzt, wenn es gelingen würde, die Gesundheitskompetenz wesentlich zu verbessern.»

Um die Gesundheitskompetenz des Individuums zu verbessern, setzt der Kanton Zürich beim System an. Es bestehen ein Programm und Projekte. Mit «Gesundheitskompetenz Kanton Zürich» werden die Herausforderungen angepackt: Bei den Umsetzungsprojekten geht es zunächst auf die Interaktion zwischen Fachpersonen und Laien. Es gibt zwei Projekte: ein Projekt für die Bereitstellung eines Werkzeugsets zur Selbstanalyse von Gesundheitsorganisationen, mit dem Fokus auf Arztpraxen und Ärztenetzwerken sowie Spitexorganisationen, sowie ein zweites Projekt zur Entwicklung eines Hilfsmittels für Patienten zur Unterstützung bei Arztbesuchen.

Selbstcheck gesundheitskompetente Organisationen

Ziel des Projektes «Selbstcheck gesundheitskompetente Organisationen» ist die Entwicklung eines Selbstanalyse-Tools, mit dem sich Arztpraxen, HMOs und Spitex bezüglich der unter-

nehmensbezogenen Gesundheitskompetenz messen können und das Hilfe leistet bei der Umsetzung von Massnahmen zur Verbesserung der unternehmensbezogenen Gesundheitskompetenz. Das Tool soll Antworten geben auf Fragen wie «Erfasse ich die wesentlichen Bedürfnisse des Patienten?» oder «Kommuniziere ich in allgemeinverständlicher Sprache?» und «Überprüfe ich am Schluss der Interaktion, ob die Information beim Patienten angekommen ist?». Das Projekt soll Möglichkeiten aufzeigen, wie die Organisation allfällige Schwachstellen beheben kann. Das ausgearbeitete Hilfsmittel-Set soll dereinst allen interessierten Organisationen im Kanton Zürich und darüber hinaus zur Verfügung stehen.

Hilfsmittel Vorbereitung Arztbesuch

«Für das zweite Projekt, die Entwicklung eines einfach zu handhabenden und leichtverständlichen Hilfsmittels zur Vorbereitung von Arztbesuchen haben wir uns vernetzt mit der Allianz Gesundheitskompetenz und dem Generalsekretariat der FMH, der Stiftung Patientensicherheit, der Schweizerischen Patientenorganisation und dem Institut für Hausarztmedizin der Uni Zürich», erläutert Franck. «Wir alle kennen ein wesentliches Problem bei Arztbesuchen aus eigener Erfahrung: Die Zeit im Sprechzimmer ist knapp. Die Kommunikation ist sehr asymmetrisch. Die Folge all dieser Probleme: Wichtige Fragen werden nicht gestellt (und zwar in beide Richtungen), Antworten werden nicht oder nur unvollständig verstanden, die übermittelten Informationen und Instruktionen

unvollständig abgespeichert, die spätere Nachvollziehbarkeit des Gespräches ist eingeschränkt. Das schmälert tendenziell die Wirksamkeit der Konsultation und ihre Nachhaltigkeit.

Das Hilfsmittel, das wir entwickeln wollen, muss vielen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Nur wenn es knapp und übersichtlich ist, dabei aber die wesentlichen Aspekte und unterschiedlichen Situationen behandelt, wenn es in verständlicher Sprache verfasst ist und wenn es den Patienten spontan zur Verfügung steht, wird es auch Anwendung finden.»

Projekt «Mäander» – Wirkung für die ganze Gesellschaft

Die aktiven Zürcher bearbeiten noch ein weiteres aktuelles Projekt. Hier wird über gesundheitsversorgungsbezogene Aspekte hinaus eine gesamtgesellschaftliche Wirkung angestrebt. Im Projekt «Mäander» geht es um die Verbesserung der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Demenz. Der Bund hat als Teil seiner Dachstrategie «Gesundheit 2020» in Abstimmung mit den Kantonen vor rund fünf Jahren eine Nationale Demenzstrategie festgesetzt. Die Umsetzung dieser Strategie war Aufgabe der Kantone. Dazu wurden im Kanton Zürich in den letzten Jahren verschiedene Projekte lanciert, mit denen die Versorgung von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen verbessert werden konnte. Es wurden Versorgungslücken gestopft sowie Hilfsmittel und Behandlungskonzepte entwickelt – beispielsweise ein elektronisches Beratungstool für Altersstellen in den Gemeinden oder ein Konzept

für eine wirksame Betreuung schwer verhaltensauffälliger Patienten mit Demenz bzw. Delir.

Für die Begleitung der Umsetzung bei allen Stakeholdern im Kanton Zürich wurde jährlich ein «Demenzforum» durchgeführt – eine Informations- und Diskussionsveranstaltung, an der sich Vertreter von rund 30 öffentlichen und privaten Institutionen aus der Gesundheitsversorgung, dem Sozial- und Bildungsbereich trafen. Aus diesem Kreis wurde das Bedürfnis formuliert nach einer Organisation, die nicht primär versorgungsbezogen tätig ist, sondern auf einer Metaebene wirkt, und die nicht «Partei» ist, sondern die allen gleichermaßen verpflichtet ist.

Von guten Beispielen lernen

Franck: «Einzelne solcher gesamtgesellschaftlich orientierter Netzwerkorganisationen gibt es andernorts. In Holland wurde vor rund sechs Jahren der «Deltaplan Dementie» etabliert, die nationale Plattform für die Auseinandersetzung mit Demenz und für das Management der damit verbundenen Herausforderungen. Träger der Plattform sind rund 50 Institutionen und Organisationen aus den unterschiedlichsten Bereichen der Zivilgesellschaft: Gemeinden, Leistungserbringer des Sozial- und Gesundheitsbereiches, Versicherungen, Banken, Bildungseinrichtungen und Forschungszentren.

Das schwebt uns auch vor: Die Gründung einer gesellschaftlich breit abgestützten Organisation, die trotzdem schlank und schnell unterwegs ist. Deren Hauptaufgabe soll es sein die Akteure



Special 1: Zürcher Forum für Versorgungsforschung

besser zu koordinieren, Projekte zur gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Demenz zu initiieren, über Mittel zur Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu kommunizieren. Für den Kanton Zürich sind es die Sicherheitsdirektion mit dem Sozialamt, die Direktion der Justiz und des Innern mit dem Gemeindeamt und die Gesundheitsdirektion, die sich damit befassen. Für die Gemeinden sind es der Gemeindepräsidentenverband und die Stadt Zürich, für die Betroffenen die Alzheimervereingung Zürich und die Pro Senectute Zürich.»

Weit mehr als «nur» Versorgung

Was verbindet die beiden Projekte, ausser der Auseinandersetzung mit Bedürfnis und Bedarf? – «Sie gehen über den Bereich der unmittelbaren Versorgungsaufgaben des Kantons hinaus und adressieren wesentliche übergeordnete Fragestellungen, die eine starke Wechselwirkung mit der Gesundheitsversorgung haben. Sie nutzen die breite Akzeptanz des Kantons als jener Instanz, die Verantwortung für das Wohlergehen der Gesamtbevölkerung hat und die zwischen den Stakeholdern vermitteln kann. Sie sind trotzdem nicht hoheitlich, sondern partnerschaftlich und partizipativ aufgebaut, wobei jeder Partner seine jeweiligen Stärken sowie seine Netzwerke ins Projekt einbringt und so grosse Synergiepotentiale erschliessbar werden.»

Strahlende SiegerInnen: Das Projekt «Palliative-Care-Phasen bei Klientinnen und Klienten mit onkologischen Erkrankungen im Setting Spitex», eine gemeinsame Eingabe der Fachhochschule St. Gallen und der Spitexorganisationen der Stadt Zürich, erhielt den Zürcher Versorgungsforschungspreis.



Prof. Dr. med. Thomas Zeltner, VR-Präsident der KPT Krankenversicherung, ist überzeugt, dass mit mehr Prävention, Integrierter Versorgung und Digitalisierung massiv gespart werden kann.

Und schliesslich geht es um Ethik

Bedarf und Bedürfnisse verlangen nach einer soliden Klammer, die zusammenfasst. Eine ethische Sicht innerhalb unserer pluralistischen Gesellschaft ist das Anliegen von Dr.theol. Ruth Baumann-Hölzle von der Stiftung Dialog Ethik.

Ihr erstes Fazit: «Bei begrenzten finanziellen Mitteln kann es nur um Bedarfsgerechtigkeit und

nicht um Bedürfnisgerechtigkeit gehen. Bei der Verhältnisbestimmung von Bedarf und Bedürfnis handelt es sich um implizite Annahmen von objektivem Bedarf und subjektiver Bedürfnisse. Während der objektive Bedarf objektiv für alle Menschen festlegbar und begrenzt ist, sind subjektive Bedürfnisse individuell verschieden und unbegrenzt. Ein objektiver Bedarf ist solidarisch zu finanzieren, subjektive Bedürfnisse hingegen gilt es, privat zu finanzieren.»

Zu unterscheiden seien zudem die allgemeine Bedarfsgerechtigkeit, die bedeutet «Allen das Gleiche», und die individuelle Bedarfsgerechtigkeit, die Einzelfallgerechtigkeit, die «Jedem das Seine» verspricht – ein natürliches Spannungsfeld.

Wo, wie und wann soll das Staatswesen einschreiten?

Und was kann nun der/die Einzelne vom Staat einfordern: Anspruch auf Nothilfe als Funktionalität? Anspruch auf ein menschenwürdiges Dasein? Anspruch auf gutes Leben? – Eine erste Antwort gibt die Bundesverfassung. Art. 7 sagt: «Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.» Der Menschenwürdeanspruch gilt vorbehaltlos und grundsätzlich. Die Bundesverfassung enthält auch Grundrechte: «Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. Die Todesstrafe ist verboten. Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit. Folter und jede Art grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung sind verboten.»

Wie weit muss nun der Einfluss des Staates gehen? – Baumann: «Es ist immer eine Güterabwägung



Ein brillante Präsentation - der Vortrag von Christoph Franck, Abteilungsleiter Projekte & Entwicklung der Gesundheitsdirektion Zürich, zum wichtigen Thema der Gesundheitskompetenz.

Save the date

Die nächsten Kongresse von MediCongress finden wie folgt statt:

- 9. DRG Forum Schweiz-Deutschland, 30./31. Januar 2020, in Bern
- 2. Forum für Bündner Innovationen, 3. April 2020, in Chur
- 9. Gesundheitsforum Graubünden, 4. April 2020, in Chur
- 7. Zürcher Forum für Versorgungsforschung, 17./18. September 2020, in Zürich

mit menschlichem Leben, mit der Freiheit zur Güterabwägung mit dem eigenen Leben, dem Verbot der Güterabwägung anderen menschlichen Lebens mit andern Gütern aus staatsrechtlichen Gründen, denn es gibt kein lebensunwertes Leben. Es geht auch um die Abwägung von Lebenserhaltung um jeden Preis vs. Gerechtigkeit.»

Interessant ist, dass es keinen verfassungsmässigen Zugang zur Gesundheitsversorgung gibt. Seit 2014 enthält die schweizerische Bundesverfassung jedoch eine Bestimmung, welche den Staat verpflichtet, für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Sie kann

aber juristisch nicht als verfassungsmässige Garantie des Zugangs zur Gesundheitsversorgung verstanden werden. Ein solcher Anspruch ergibt sich allerdings aus dem Grundrecht auf Hilfe in Notlagen wie die juristischen Experten Gächter und Filippo 2015 festhalten. Das «Recht auf Gesundheit» manifestiert sich in erster Linie



buena nova – Hochwertiges und wohnliches Design.

Massivholzmöbel für Wohnraum und Cafeteria.

brunner ::
www.brunner-group.com



Mit voller Konzentration am Ball – Doris Brandenberger und Gäste des Forums.

als Recht auf Zugang zu dieser Gesundheitsversorgung: «Ein Ausschluss von medizinischen Leistungen, die in der Schweiz aufgrund des flächendeckenden Obligatoriums der Krankenversicherung gewährleistet sind, lässt sich kaum rechtfertigen, d.h. der Umfang der grundrechtlich gewährleisteten medizinischen Hilfe muss sich an diesem gesamtgesellschaftlichen Standard orientieren und darf nicht zu schmal gehalten werden.»

Menschenwürdiges Dasein, Schutz der Schwachen

«Aufgabe einer Gesellschaft ist, für jedes Individuum Bedingungen zu schaffen, die eine Entwicklung respektive Verwirklichung entlang von Ressourcen und Eigenschaften ermöglichen», hält die Theologin fest. Sie betont, dass ein allgemeiner und individueller Bedarf auf ein menschenwürdiges Dasein über Nothilfe hinaus eine staatliche Pflicht bedeutet.

Es bestehe allerdings kein Bedürfnis auf Anspruch auf Ressourcen für ein gutes Leben bei gegebener Urteils- und Handlungsfähigkeit, hier ist keine staatliche Pflicht nötig, der eigene Verantwortungsbereich reicht vollkommen aus.

Hingegen sei ein solches Bedürfnis auf Anspruch auf Ressourcen gegeben bei fehlender Urteils- und Handlungsfähigkeit. Es sei eine klare staatliche Pflicht vorhanden, um die fehlende Verantwortungsfähigkeit wettzumachen. «Bezüglich des Gesundheitswesens», so Baumann, «ist Gesundheit ein öffentliches Gut. Das betrifft die Wirksamkeit, die durch Schwellenwerte unter Berücksichtigung von Menschen mit erhöhtem Betreuungsaufwand sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung festzulegen sind. Ihr Anspruch geht über allgemein festgelegten Bedarfsrahmen hinaus.

Weil nun aber die finanziellen Mittel beschränkt sind, kann es nur um Bedarfsgerechtigkeit und nicht um Bedürfnisgerechtigkeit gehen, dies weil der Staat ein menschenwürdiges Dasein (allgemeiner Bedarf), aber nicht ein gutes Leben (Bedürfnis) garantieren muss. Wohl aber muss der Staat den erhöhten Bedarf an Ressourcen für ein menschenwürdiges Dasein von Menschen mit speziellen Bedürfnissen decken. Das ist Solidargerechtigkeit.»

Kanton Zürich: zum zweiten Mal Preis für Versorgungsforschung

Der Kanton Zürich nimmt seine Aufgabe im Dienste der Gesellschaft ernst. Als Träger des Zürcher Forums für Versorgungsforschung unterstützt die Gesundheitsdirektion seit 6 Jahren die von Medicongress ins Leben gerufene Veranstaltung. Dieses Jahr wurde der Zürcher Versorgungsforschungspreis zum zweiten Mal verliehen. Von der Preisjury zum Sieger erkoren wurde ein Projekt zur Verbesserung der Palliativversorgung von krebskranken Spitex-Patientinnen und -patienten. Die Versorgungsforschung befasst sich mit der Wirkung von medizinischen Versorgungsleistungen unter Alltagsbedingungen. Sie untersucht, welchen Vorteil zu welchen Kosten Versorgungsleistungen für die Leistungsempfänger tatsächlich erzeugen.

Die Versorgungsforschung zeigt beispielsweise auf, welche Behandlungsverfahren für Patientinnen und Patienten über alles gesehen den grössten Behandlungserfolg mit sich bringen oder die Lebensqualität merklich verbessern. Sie untersucht, welchen Nutzen Versorgungsleistungen den Patienten tatsächlich bringen und welche Kosten sie verursachen. Sie vergleicht Behandlungsverfahren hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit auf Erfolg und ihrer Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Aktives Engagement, um die beste Versorgung zu erreichen

Um die Versorgungsforschung in der Schweiz und im Kanton Zürich zu fördern, unterstützt die Gesundheitsdirektion seit sechs Jahren das Zürcher Forum für Versorgungsforschung. Zusätzlich wird seit 2018 auch jährlich der Zürcher Versorgungsforschungspreis ausgeschrieben. Ziel ist es, Innovationen in der Gesundheitsversorgung über die Grundlagen- und die klinische Forschung hinaus zu fördern und der Versorgungsforschung so zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen. Im Unterschied zu anderen Forschungspreisen werden dabei nicht Ergebnisse, sondern Ideen prämiert und neue Projekte angestossen. Der Preis wird deshalb auch in mehreren Tranchen, aufgeteilt auf die Projektphasen, ausbezahlt.

Eine unabhängige Jury hat aus den Projekteingaben einstimmig das Projekt «Palliative-Care-Phasen bei Klientinnen und Klienten mit onkologischen Erkrankungen im Setting Spitex» zum Sieger erkoren, eine gemeinsame Eingabe der Fachhochschule St. Gallen und der Spitexorganisationen der Stadt Zürich. Die Jury würdigte vor allem die grosse Bedeutung der Fragestellung und das Potenzial des vorgeschlagenen Phasenansatzes für eine effiziente und effektive Palliativversorgung von Krebspatientinnen und -patienten, das vorbildliche Konzept des Forschungsprojektes und dessen Interdisziplinarität. Die nächste Durchführung des Versorgungsforschungspreises ist für 2020 geplant.

Weitere Informationen

www.medicongress.ch
www.gd.zh.ch/versorgungsforschung

Fotos:
 Peter Brandenberger – www.kongress-foto.ch