

Zukunft Personalisierte Medizin

Managed Care als Einstieg?

*Der globale Megatrend
im Gesundheitswesen heisst
Personalisierte Medizin.
Neue Technologien werden
eine immer individuellere
Versorgung ermöglichen.*

PwC White Paper 2011



Dr. Rodolfo Gerber
Partner, Leiter Gesundheitswesen
PwC Schweiz

Enormer Handlungsbedarf

Die Diskussion über das Gesundheitswesen wird in weiten Kreisen von der Sorge um die steigenden Kosten dominiert. Die Angst ist gross, dass das System bald nicht mehr finanzierbar sein könnte und gar Rationierungen drohen. So stehen Massnahmen zur Kostensenkung wie die Fallpauschale für die Spitäler, Managed Care oder tiefere Medikamentenpreise im Fokus der Debatten.

Allerdings besteht die Tendenz, dass man die Zukunft zu eindimensional anhand gegenwärtiger Probleme beurteilt. Die Bedenken angesichts steigender Gesundheitskosten und Prämien sind zwar berechtigt. Vor allem die zunehmende Zahl von chronisch Kranken in allen Altersstufen führt zu einem Wachstum der Kosten. Und ebenso lässt die steigende Lebenserwartung die Aufwendungen anwachsen.

Nicht jeder zusätzliche Franken, der im Gesundheitsbereich ausgegeben wird, führt jedoch zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung. Ganz im Gegenteil, mancher versickert in ineffizienten Strukturen. Eine konsequent am Patientennutzen orientierte Gesundheitspolitik könnte in der Schweiz den finanziellen Aufwand gar senken, wie Elizabeth Olmsted Teisberg, Wirtschaftsprofessorin an der University of Virginia's Darden School of Business, in einer Studie¹ gezeigt hat – und dies bei gleichbleibender oder gar besserer Qualität! Dabei kommt einer sehr viel grösseren Transparenz auf allen Stufen des Gesundheitswesens grosse Bedeutung zu. Nur so kann der freie Markt im Interesse der Versicherten zur Effizienzsteigerung und gleichzeitig zur Verbesserung der Qualität genutzt werden. Eine vermehrte Einbindung des Einzelnen in die Verantwort-

ung für seine Gesundheit wird eine solche Dynamik weiter verstärken. Denn für die Patienten hat die Qualität der Versorgung oberste Priorität.

Auch Managed-Care-Systeme werden zwar momentan im Hinblick auf Kostensenkung diskutiert. Viele Stimmbürger erwarten jedoch, dass sie für chronisch Kranke in erster Linie aufgrund eines Qualitätsgewinns attraktiv sind.² Ebenso sieht Gesundheitsminister Didier Burkhalter Managed Care vor allem als Teil seiner Bemühungen, die Qualität zu verbessern.

Unabhängig von der Kostendiskussion wird sich die Medizin der Zukunft immer konsequenter an den Interessen der einzelnen Person orientieren und diese, ob gesund oder krank, ganz in den Mittelpunkt stellen. Personalisierte Medizin, so das Schlagwort, gilt international als der eigentliche Megatrend im Gesundheitswesen. Angetrieben wird die Entwicklung nicht von den Politikern, sondern von den «Konsumenten», die immer mehr und Genaueres wissen – und wissen wollen. Gleichzeitig wachsen die wissenschaftlichen Kenntnisse über die für unsere Gesundheit relevanten Faktoren und biologischen Prozesse rasch an. Damit wird ständig deutlicher, wie unterschiedlich unsere für die Gesundheit relevanten Erbanlagen sind und wie verschieden wir etwa auf Nahrung, Umwelteinflüsse oder pharmakologische Substanzen reagieren.

Moderne IT-Lösungen können diese spezifischen Angaben zu einer Person speichern, dass diese selber bestimmen kann, wem sie in welcher Form die Nutzung der Daten gestattet. Dem Patienten und

seinem Arzt ermöglichen diese Informationen, notwendige Therapien immer besser auf die persönlichen Bedürfnisse abzustimmen. Eine intelligente Auswertung der Daten vermag wiederum der Forschung neue Einsichten zu verschaffen, und die Versicherungen können auf dieser Basis massgeschneiderte Produkte entwickeln.

Das vorliegende White Paper zur Personalisierten Medizin setzt sich mit der Frage auseinander, welche Herausforderungen die Schweiz anzupacken hat, damit sie die Chancen dieser Entwicklung nutzen kann. Der Handlungsbedarf bei allen Akteuren des Gesundheitswesens ist enorm. Zwar sind erste Weichen gestellt. Neue Auflagen verlangen eine transparentere Rechnungslegung, und die Vorbereitungen für die allgemeine Etablierung elektronischer Patientendossiers laufen. Auch die Einführung von Managed-Care-Systemen kann ein erster Schritt sein, der es erlaubt, Erfahrungen über den gesamten Verlauf einer Krankheit und den ganzen Behandlungszyklus zu sammeln und im Hinblick auf Qualität und Effizienz zu evaluieren. Noch bleibt aber viel zu tun.

Eine zentrale Aufgabe wird sein, mit neu gestalteten Rahmenbedingungen und gesetzlichen Vorgaben zu gewährleisten, dass der Einzelne vermehrt Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen kann und übernimmt. Gleichzeitig müssen jedoch Reformen sicherstellen, dass wirklich die gesamte Bevölkerung von den neuen Errungenschaften profitiert.

Die nötigen Diskussionen und Prozesse anzuregen, ist das Ziel dieses White Papers.

Dr. Rodolfo Gerber

Inhaltsverzeichnis

Enormer Handlungsbedarf	3
Zukunft Personalisierte Medizin	7
Eine neue Ära	7
Ein Daten-Safe fürs Leben	8
Über das Erbgut hinaus	11
Das schweizerische Gesundheitssystem im Umbruch	13
Interview mit Bundesrat Didier Burkhalter	14
Finanzielle Transparenz bei Krankenversicherern	19
Neue Geschäftsmodelle für Versicherer	20
Spitäler unter Reformdruck	21
Wachsender Fachkräftemangel	22
Personalisierung in der Prävention und Gesundheitsförderung	24
Die wichtigsten Punkte	25

Personalisierte Medizin ist ein medizinisches Modell, das generell die Kundenorientierung der Gesundheitsversorgung in den Vordergrund stellt, in dem wo immer möglich die Entscheidungen und Behandlungen auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden. In der neueren Zeit geht es dabei in erster Linie um den systematischen Einsatz individueller Informationen eines Patienten, um damit dessen Vorsorge und dessen therapeutische Behandlung zu optimieren.

Zukunft Personalisierte Medizin

Die rasch um sich greifende Digitalisierung unseres Lebens und die Fortschritte in den biologischen Wissenschaften führen in den nächsten zehn Jahren zu einer Personalisierung der Medizin. Die Gesundheitsversorgung wird viel mehr auf das Individuum abgestimmt sein und sich an qualitativ messbaren Resultaten orientieren.

Damit gestaltet die Personalisierte Medizin das Gesundheitswesen grundlegend um. Sie wird die Position der Patienten gegenüber Spitälern, Ärzten und auch Versicherungen erheblich stärken und letztlich auch der Prävention mehr Gewicht

geben. Der Anpassungsbedarf, der damit auf die gesamte Branche zukommt, ist enorm. Ärzte und Pflegefachleute sind von diesen Veränderungen genauso betroffen wie Spitäler und Heime, Behörden und Versicherer oder Industrie und Forschung. In die richtigen Bahnen gelenkt, geht der Nutzen der Personalisierten Medizin weit über die Gesundheitsversorgung hinaus. Das in der Schweiz diskutierte Managed-Care-System ist zwar nicht zur Personalisierten Medizin zu zählen, es nutzt zum Teil aber dieselben Mechanismen und könnte damit die Entwicklung notwendiger Strukturen erleichtern.

Eine neue Ära

Die Diskussion über das Gesundheitswesen wird seit Langem durch das kontinuierliche Anwachsen der Kosten dominiert. Sorgen machen insbesondere die Herausforderungen, welche die steigende Lebenserwartung – damit verbunden der Anstieg altersbedingter Beschwerden – sowie die Zunahme von chronischen Krankheiten selbst bei Jungen mit sich bringen. Der alles dominierende Megatrend wird jedoch die Personalisierung der Medizin sein. Er dürfte die Entwicklung der medizinischen Versorgung in den kommenden Jahrzehnten von Grund auf revolutionieren.



Max Neuhaus
Director, Gesundheitsberatung

Zum einen nimmt das Wissen über die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten als Folge der vielen Dutzend Milliarden Franken, die weltweit jährlich in die medizinische Forschung fließen, exponentiell zu. Mit den immer raffinierteren Methoden zur Aufdeckung biologischer Zusammenhänge wird zudem klar, dass das Individuum mit seiner genetischen Ausstattung, seiner individuellen Geschichte und seinen Lebensgewohnheiten den Verlauf von Krankheit und Genesung entscheidend prägt. Die isolierte Betrachtung einer einzigen Krankheitsursache, deren negative Auswirkungen durch bestimmte pharmakologische Substanzen behoben werden können, hat längst einer viel komplexeren Sichtweise Platz gemacht. Dies gilt ganz besonders für die chronischen Krankheiten. Sie nehmen als Folge der viel grösseren Überlebenswahrscheinlichkeit bei früher tödlichen Leiden stark zu.

«Immer mehr Patienten wollen jederzeit und überall Zugang zu ihren Gesundheitsdaten haben und auch selber entscheiden können, wem sie diese weitergeben – ein Trend, der sich global durchsetzen wird.»

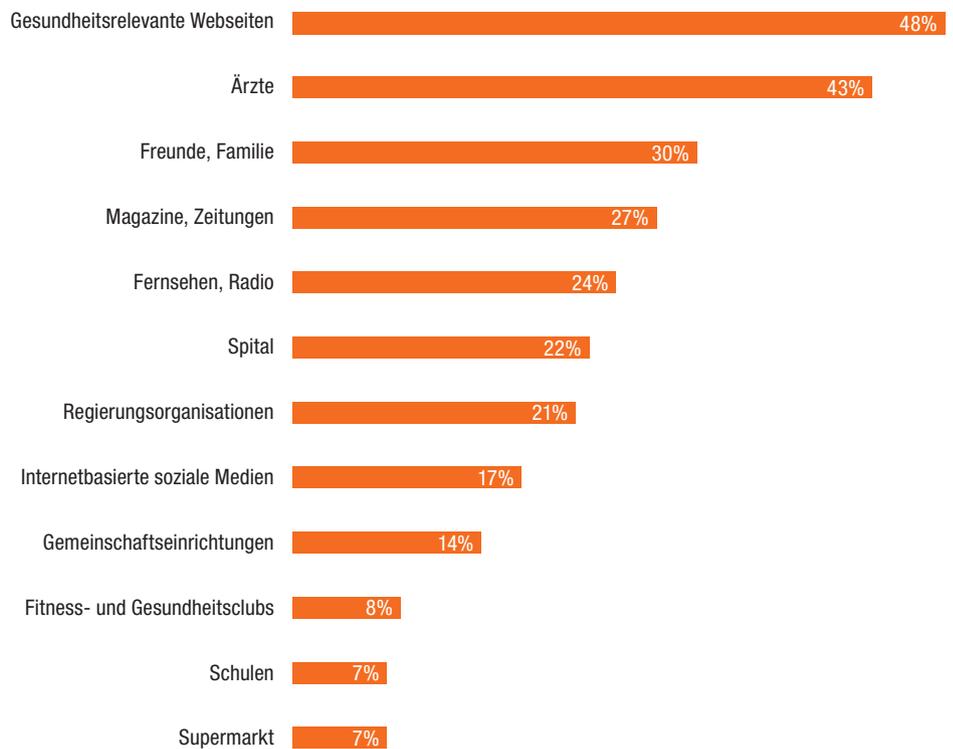
Max Neuhaus

Zum anderen sind heute vor allem in den Industrienationen viele Patientinnen und Patienten besser über Krankheiten und Therapien samt deren Chancen und Risiken informiert als je zuvor. Einen entscheidenden Beitrag dazu leistet die moderne Informationstechnologie. Sie begünstigt nicht nur die Wissensexplosion, welche die heutigen naturwissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen kennzeichnet. Sie hat auch zu einer «Demokratisierung» dieser Erkenntnisse

geführt, einem Prozess, der noch längst nicht abgeschlossen ist. Fast alle Patientinnen und Patienten in den OECD-Staaten haben heute über das Internet Zugang zum neusten Expertenwissen und können theoretisch als mündige Partner der Ärzte mitentscheiden. Gleichzeitig ermöglicht die digitale Vernetzung und die Integration einfach zu bedienender Hilfsmittel und Überwachungssysteme, wichtige gesundheitliche Parameter irgendwo auf der Welt und sogar anonym bestimmen zu lassen. Die Ärzte wiederum holen sich im Rahmen der Telemedizin in kritischen Fällen den Rat von auf dem betreffenden Gebiet besonders versierten Kollegen anderswo auf dem Globus.

Die Zahl der Patienten und Ärzte, die solche Möglichkeiten ausschöpfen, wächst rasch und leitet einen unumkehrbaren Trend ein. Er wird die Gesundheitsversorgung bald in voller Breite erfassen und umgestalten. Dies gilt auch für das schweizerische Gesundheitswesen, dessen Versicherte immer öfter in der ganzen Welt «zu Hause» sind: Es wird sich dieser globalen Entwicklung trotz nationaler und regionaler Verankerung nicht entziehen können. Das Internet hat auch hier viele Grenzen obsolet werden lassen.

Das Internet als meistgenutzte Informationsquelle für den Behandlungsentscheid



Von Patienten genutzte Informationsquellen, zum Behandlungsentscheid (USA).

Quelle: PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute Global Consumer Survey, 2010

Ein Daten-Safe fürs Leben

Das zentrale Element der sich abzeichnenden Personalisierten Medizin wird eine digitale Sammlung der persönlichen Gesundheitsdaten sein, in welcher der Patient idealerweise sämtliche relevanten Informationen aus seinem Leben speichert beziehungsweise von den ihn untersuchenden Ärzten und Therapeuten speichern lässt. In den meisten Industrienationen werden in zehn Jahren solche kompatiblen elektronischen Patientendossiers zur Verfügung stehen. In den USA beispielsweise werden seit 2011 Electronic Health Records, die den neusten definierten Standards entsprechen, mit finanziellen Anreizen gefördert; ab 2015 werden im Medicare-Programm Abzüge bei der Entschädigung gemacht, wenn jemand

diese Technologie nicht nutzt. Richtig ausgewertet, erlauben solche elektronischen Datensammlungen nicht nur, auf das entsprechende Individuum zugeschnittene Therapien zu wählen und Entscheide zu treffen. Auch die Qualität von Dienstleistern und der Erfolg von Therapiemustern lässt sich damit überprüfen, und es können besser auf den Bedarf abgestimmte Produkte entwickelt werden. Die nachweisbare Wirkung einer Behandlung wird das entscheidende Kriterium für deren Bewertung sein. Pay for Performance (P4P) heisst die angelsächsische Kurzformel, die den Paradigmenwechsel hin zu einer erfolgsorientierten Vergütung auf den Punkt bringt.

Durchgängige Datensysteme als Herausforderung

Um das Potenzial der Information über die Resultate der Behandlungen nutzen zu können, müssen diese Daten in anonymisierter Form sowohl den Behörden als auch Gesundheitsversicherern, Forschungsgruppen oder etwa Firmen zum Beispiel der Pharma- oder Medizinaltechnik zur Verfügung stehen. Der Aufbau solcher elektronischer «Datensammlungen» möglichst grosser Bevölkerungsteile – wie immer auch die Zugänglichkeit personalisierter Gesundheitsdaten organisatorisch und informationstechnisch ausgestaltet sein mag – ist eine der grossen Herausforderungen für das zukünftige Gesundheitswesen. Zentral ist dabei, dass sämtliche

gesundheitsrelevanten Informationen einer Person während des gesamten Lebenszyklus tatsächlich so gespeichert werden, dass sie sich bei Bedarf miteinander verknüpfen lassen, ohne die Privatsphäre dieser Person zu gefährden – und dies in einem (möglichst weltweit) einheitlichen Format. Gelingt dies jedoch, lassen sich die Möglichkeiten, die sich damit erschliessen, erst erahnen.

In welcher Form Gesundheitsdaten elektronisch gespeichert werden, ist zurzeit noch völlig offen. Diese Speicherung kann zentral oder auch dezentral erfolgen – oder in einer Mischform. Solche Speichersysteme können von Staates wegen eingeführt oder auch von privaten Firmen angeboten werden. Zweifellos wird es eine Vielzahl von Ansätzen geben. Entsprechende Vorstösse werden nicht nur von behördlicher Seite gemacht, auch erste private Dienste sind seit einiger Zeit auf dem Markt – und zum Teil auch bereits wieder am verschwinden. So zum Beispiel Google Health, ein Service, der wegen ungenügendem Interesse per 1. Januar 2012 voraussichtlich wieder eingestellt wird. Elektronische Patientenakten und elektronische Patientendossiers, wie sie laut der vom Bundesrat verabschiedeten Strategie E-Health bis Ende 2015 jedem Bürger zur Verfügung stehen sollen, sind Schritte in diese Richtung. Eine staatliche Förderung, etwa zur Normierung und Beschleunigung der Verbreitung, schliesst jedoch nicht aus, dass letztlich der freie Markt und die Interessen der Konsumenten die treibenden Kräfte sein werden.

Die Herausforderung für die IT-Branche ist, diese Daten trotz der Vielzahl der interessierten Kreise mit ihren individuellen Agenden durchgängig und für die verschiedensten Systeme nutzbar zu gestalten. Auch müssen sie die medizinisch wirklich relevanten Kenngrössen enthalten. Dies für die unterschiedlichsten Datengefässe und -quellen zu garantieren, ist ein komplexes Unterfangen. So gilt es unter anderem, Interessenkonflikte bei Herstellern und Anbietern zu lösen, beispielsweise bei der Frage hersteller-spezifischer Lösungen für Schnittstellen versus offenen anerkannten Standard. Zudem braucht es entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen. Ganz zentral, aber technisch lösbar, wird die Bereitstellung einer durchgängigen Verschlüsselung der einzelnen Daten und der Datenschutz entsprechender Systeme sein, die Missbrauch, auch durch zum Beispiel Versiche-

«Eine intelligente Strukturierung und Ablage von individuellen gesundheitsrelevanten Informationen wird das Rückgrat der modernen Medizin sein. Das Potenzial wird nur dann nutzbar, wenn die Lösung eine hohe Akzeptanz in der Gesellschaft findet und das Individuum die volle Kontrolle über den Zugang seiner Informationen behält.»

Axel Timm

rungen, Arbeitgeber, Ärzte, Spitäler oder irgendetwelche Dritte, ausschliessen können. Idealerweise werden die Sicherheitsaspekte und die Fragen der Zugänglichkeit so gelöst, dass nur jene Person (oder ein legitimer Vertreter der Person), deren Daten in einer Patientenakte enthalten sind, darüber entscheiden kann, wo welche Daten für die Nutzung durch andere freigegeben werden.

Gespeichert werden könnten in solchen Datenablagen von Geburt an sämtliche gesundheitsrelevanten Informationen aus dem Leben einer Person, auch hochsensibile. An vorderster Stelle stehen die Resultate der Untersuchungen jeglicher Art, die von Ärzten oder anderen medizinischen Versorgern durchgeführt werden, die die Person im Laufe ihres Lebens konsultiert, von der Genomanalyse bis zum Bluttest oder zur Magnetresonanztomografie sowie deren Diagnosen und die angewendeten Therapien. Gesundheitsbewusste werden ebenso wie viele Patienten aber sicherlich bald auch ihre eigenen Beobachtungen und Messwerte registrieren. Zum Beispiel den zeitlichen Verlauf des Gewichts, der Belastungsfähigkeit im Ausdauertraining, die Zucker- oder Blutdruckwerte. Resultate von Elektroenzephalogrammen müssen in der Gesundheitsakte genauso Platz haben wie der Bericht des Psychologen. Die Daten einer Vielzahl elektronischer Geräte, wie sie zur Überwachung des Trainingszu-

stands bei sportlich Aktiven oder des Gesundheitszustands bei chronisch Kranken zum Teil bereits heute im Einsatz sind, lassen sich in Zukunft direkt in den persönlichen elektronischen Gesundheitsbericht einspeisen. Befragungen oder Tagebücher zu den Lebensgewohnheiten, Sport, Essen, Arbeit, Freizeit und vieles mehr ermöglichen, das Bild abzurunden.

Das Individuum als Eigentümer seiner Daten

Der Möglichkeiten gibt es ungezählte, und je grösser das Vertrauen in diese Technologie, umso bereitwilliger werden die Konsumenten und Anwender ihre Daten in ihre persönlichen Akten oder Dossiers einfließen lassen. Wenn ein gemeinsames elektronisches Format der zu speichernden Informationen fixiert ist, werden sich immer wieder neue Organisationen und Firmen finden, die spezifische Informationen von Interessierten erheben, ähnlich wie Meinungsforschungsinstitute Umfragen durchführen. Auch Non-Profit-Organisationen wie Patientenvereinigungen und Stiftungen zur Erforschung einer seltenen Krankheit oder zur Förderung der Medizin ganz generell werden eine wichtige Rolle bei dieser Entwicklung spielen. Bekannte Beispiele sind private Organisationen wie «Patientslikeme» oder «23andme», die ihren Mitgliedern entsprechende Online-Dienste anbieten.

Auf «der anderen Seite» stehen die Nutzer dieser Datensammlungen – dies können Krankenversicherer oder Gesundheitsbehörden, Spitäler, Ärztengruppen, Forscher in staatlichen Organisationen oder in privaten Firmen und viele andere sein. Falls sie die Eigentümer der Daten vom Nutzen einer Freigabe überzeugen können – sei es mit Vorteilen, die sie ihnen bieten oder mit der Aussicht, im Dienste einer Krankheit oder der Menschheit generell zum Fortschritt beizutragen – erhalten sie Zugriff auf deren Inhalt. Das könnte in gestufter Form oder partiell und anonymi-



Axel Timm
Partner, Advisory

siert erfolgen. Manche Personen werden nicht bereit sein, etwa ihre Genomdaten gleichzeitig mit jenen ihrer Lebensführung externen Organisationen zur Verknüpfung und Auswertung zu überlassen, andere sehen darin kein Problem und schalten bei Bedarf oder gegen Bezahlung oder Gegendienste fast alles frei.

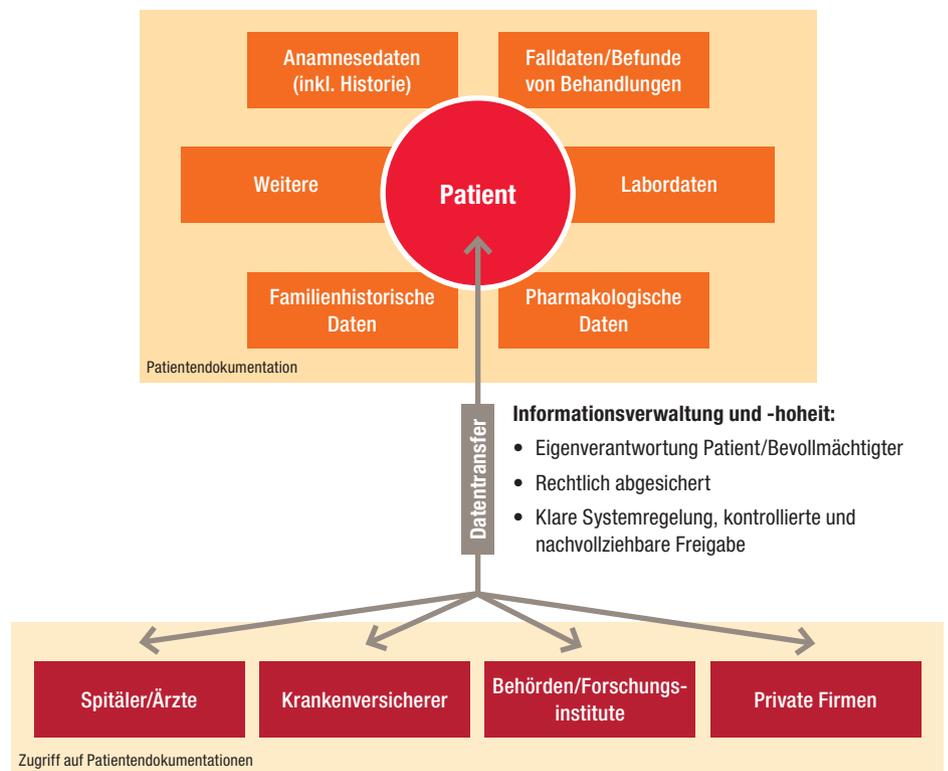
Wer als Forschungsfirma durch sein Geschäftsmodell, seine Produkte und sein ethisches Verhalten Vertrauen schaffen kann, dürfte die Dateneinhaber einfacher dafür gewinnen können, die gespeicherten Informationen zur Verfügung zu stellen als Unternehmen, die in Skandale verwickelt sind. Gerade bei jener Generation, die über die neuen sozialen Medien global verknüpft ist, spielen solche Kriterien eine erhebliche Rolle. Auch etwa ein öffentliches Rating von Spitälern und anderen Dienstleistern ist so denkbar. Es würde den Patienten ermöglichen, aufgrund der Erfahrungen anderer eine bessere Wahl zu treffen. Wikipedia oder die Webseite kununu.com zur Bewertung von Arbeitgebern zeigen, wie viele Webseiten von Betroffenen einzelner Krankheiten, dass immer mehr Menschen willens sind, ihre Erfahrungen zum Wohl unbekannter Menschen zur Verfügung zu stellen.

Ist ein Gesundheitssystem so gestaltet, dass der Patient ein Interesse hat, seine Eigenverantwortung wahrzunehmen, dürfte das auch zu finanziellen Einsparungen führen. Zwar gibt es noch keine fundierte Schätzung der Kosten, die eine durchgehende Personalisierung der Medizin mit sich bringt. Das Optimierungspotenzial, das eine solche Entwicklung erschliesst, ist jedoch gross. Es reicht von besser auf den Bedarf abgestimmten Medikamentenpackungen über die Verhinderung von Fehlmedikationen oder der Verschreibung unwirksamer Medikamente und die Qualitätsüberwachung medizinischer Dienstleister bis zu massgeschneiderten, aufs Genom und den individuellen Stoffwechsel abgestimmten Medikamentencocktails.

Und die Schweiz

Allerdings müssen in der Schweiz für eine solche Entwicklung erst eine Reihe von Hürden überwunden werden. Das föderalistische System erschwert nicht nur die Ausarbeitung von allgemeingültigen Standards und Richtlinien. Es gilt in manchen Betrieben noch grundlegendere

Der Patient als Eigentümer seiner Daten



Szenario für die Informationsverwaltung von Patientendaten. Quelle: PricewaterhouseCoopers AG

Probleme in der Datenverarbeitung zu lösen. Zurzeit steht eine Anpassung der Abrechnungsprozesse an die neue Fallpauschale an. Damit befinden sich die IT-Systeme vielerorts in einer Transformationsphase. Bereits für diese Umstellung fehlen von den Anwendern jedoch oft klare Beschreibungen der Anforderungen und detaillierten Spezifikationen, welche die Datenverarbeitungslösungen erfüllen müssen. Ein solcher Mangel wird sich bei den zukünftigen Aufgaben noch stärker auswirken. Ins Zentrum rückt mit einer Personalisierten Medizin aber auch der erst mangelhaft funktionierende Informationsfluss zwischen Krankenhäusern, Ärzten, Versicherungen und Patient. Es gibt zahlreiche System- und Medienbrüche; die Anforderungen für Durchgängigkeit, Sicherheit und Nachvollziehbarkeit sind teilweise noch gar nicht festgelegt. Selbst die bereits heute vorhandenen Möglichkeiten, relevante Informationen für die Führung und Optimierung der Unternehmen einzusetzen, werden nicht genutzt. Vielerorts müssen die Organisationseffektivität, die Projektdurchführungen und das IT-Service-Management noch verbessert werden. Eine reiferes IT-Niveau

ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Partizipation an künftigen E-Health-Technologien, die eine Personalisierte Medizin und auch entsprechende betriebs- und gesamtwirtschaftliche Optimierungen möglich machen.

Bereits eine einfache Abrufbarkeit aller existierenden Gesundheitsdaten wird in vielen Fällen die Diagnose sowie für Patient und Arzt auch den Entscheid für die geeignetste Behandlung erleichtern. Ein Datenschlüssel, der den Patientinnen und Patienten ermöglicht, sämtliche Befunde selber einzusehen und dem Arzt ihrer Wahl zur Verfügung zu stellen, vermag die Patienten zudem unabhängiger und mündiger zu machen. Und Kosten liessen sich allein durch die Vermeidung unnötiger Wiederholungen von Untersuchungen reduzieren, folglich auch durch schnellere und treffendere Behandlungen, aber auch ganz einfach durch die eingesparte Zeit gegenüber der bisher üblichen Unterlagenweitergabe auf Anfrage. Gleichzeitig wären die Daten sicherer und zerstörungsfreier gelagert als beim Patienten zu Hause.

Über das Erbgut hinaus

Die eigentliche Revolution verspricht man sich aber von der biologischen Forschung. Sie ist das zweite Standbein einer Personalisierten Medizin. Das zentrale Versprechen sind neue medizinische Erkenntnisse, die zu sehr viel spezifischeren individuellen Behandlungen und insbesondere einem besser auf den einzelnen Patienten abgestimmten Einsatz von Medikamenten führen. Mit solch massgeschneiderten Therapien können manche Probleme der heutigen Medizin, die oft auf generellen Erfahrungen beruht, welche die individuellen biochemischen Prozesse nicht zu berücksichtigen vermögen und welche sich nur begrenzt wissenschaftlich exakt belegen lassen, beseitigt werden.

Übersichtsstudien zeigen zum Beispiel, dass viele Medikamente nur bei einem Teil der Patienten eine gute Wirkung erzielen, bei einem weiteren Teil nichts bewirken und beim Rest sogar zu Nebenwirkungen führen, die ihrerseits wieder therapiert werden müssen. In den meisten Fällen ist heute nicht absehbar, welchen Patienten sie einen Nutzen bringen und welchen sie gar Schaden zufügen. Gelingt es mittels diagnostischer Tests abzuklären, bei wem das Medikament therapeutisch wirkt, wird der Kreis der potenziellen Nutzniesser zwar kleiner, entsprechend würde es aber auch weniger oft verordnet (und verrechnet), und all die fälschlicherweise behandelten Fälle mit entsprechenden Folgekosten würden entfallen. Eine frühe Fokussierung auf die richtige Patientengruppe könnte zudem die Entwicklungskosten der Medikamente senken. Zwar lässt sich die Kosteneinsparung nicht so einfach berechnen, da die Entwicklungsaufwendungen der Industrie konsequenterweise auf eine geringere Zahl von verkauften Packungen verteilt werden muss. Zu berücksichtigen wäre auch eine Anpassung der Zulassungsverfahren. Und vor der Verschreibung würden Aufwendungen für die nötigen Tests anfallen. Doch dies dürfte in einer ganzheitlichen Rechnung durch das Wegfallen von jenen Fällen, in denen die Medikamente vorwiegend Nebenwirkungen brachten, wettgemacht werden. Personalisierte Medizin ist denn auch bereits heute zentral für Firmen wie Roche und Novartis. Neben ersten Erfolgen, wie dem Brustkrebs-Medikament Herceptin, wollen sie die

Personalisierte Medizin mit einer Vielzahl von Forschungsprogrammen in der Breite Realität werden lassen.

Detailliertere Kenntnisse der Prozesse, die einer Erkrankung vorausgehen, werden im Weiteren aber auch ermöglichen, diese viel früher zu erfassen und entsprechend zu therapieren. Gerade bei vielen schweren Leiden fällt die Behandlung in den letzten Jahren oder gar Monaten finanziell besonders ins Gewicht, so etwa bei manchen tödlich verlaufenden Krebserkrankungen, bei denen zum Schluss Chemotherapien einzig noch die Symptome zu lindern vermögen. Wenn bei entsprechenden Anzeichen frühzeitig therapiert werden kann, gelingt es idealerweise sogar, eine gravierende Krankheitsentwicklung ganz zu verhindern. Zwar warnen Experten vor zu optimistischen Prognosen; doch die meisten gehen davon aus, dass in Zukunft nicht invasive Tests mit einer hohen Aussagekraft und Screeningmethoden der Früherkennung und Prävention ein viel grösseres Gewicht geben. Die Analysen von Speichelproben, Blut- und Urinanalysen werden Krankheitsdispositionen oder Anomalien im Frühstadium erkennen lassen, was präventive Massnahmen ermöglicht.

«Die enge Zusammenarbeit von universitärer und privatwirtschaftlicher Forschung, Ärzten und Krankenversicherern sowie der Austausch von biologischen und gesundheitsrelevanten Daten ist zentral für den Erfolg der personalisierten Medizin.»

Dominik Hotz

Erfolge bei der Prävention, darüber besteht kein Zweifel, könnten die gesamtgesellschaftlichen Kosten deutlich senken, das zeigt etwa die Entwicklung bei der Zahnmedizin. In den wenigsten Fällen kann eine solche Prävention jedoch durch so allgemeine Verhaltensänderungen und Erziehungsmassnahmen erzielt werden wie bei der Zahnhygiene. Weiss eine Person jedoch detaillierter, welche

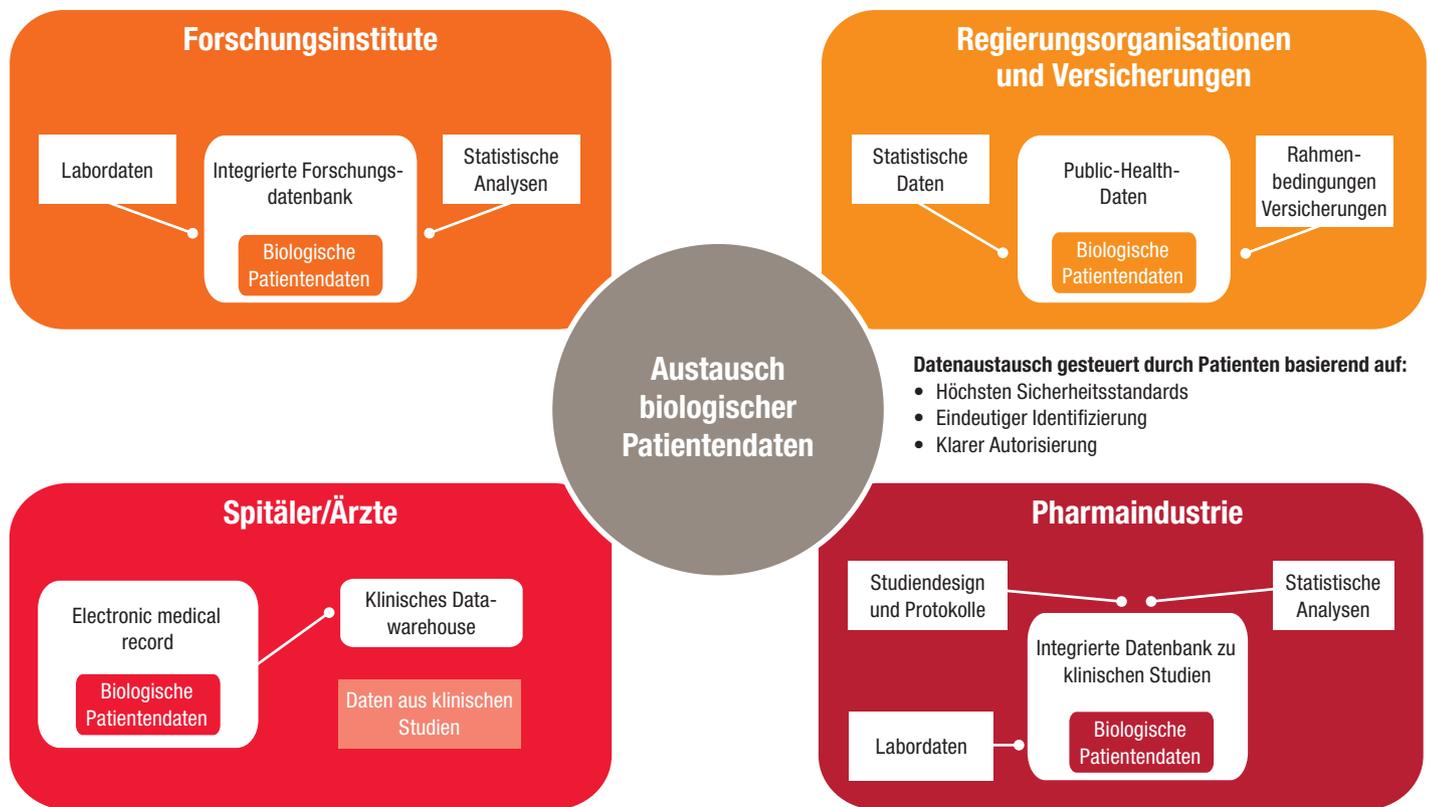


Dominik Hotz
Director, Advisory

Gesundheitsrisiken ihre genetische Disposition und ihre derzeitige körperliche Verfassung mit sich bringt und wie diese konkret zu reduzieren sind, ist die Bereitschaft für vorsorgliche Massnahmen und der entsprechende Erfolg erfahrungsgemäss sehr viel grösser. Kaiser Permanente³ zum Beispiel, ein grosser Non-Profit-Krankenversicherer und medizinischer Versorger, der vor über 60 Jahren in Kalifornien gegründet worden ist und heute zu den Vorzeigeeinrichtungen eines modernen Gesundheitswesens gehört, investiert viel Geld in die Vorsorge. Die Organisation legt grossen Wert auf eine moderne integrierte Betreuung der Versicherten, was sich für sie auch finanziell auszahlt.

Vom Labor zum Patienten

Doch auch in der Forschung, sowohl in der Privatwirtschaft wie an den Universitäten, gibt es Handlungsbedarf. Um die für eine solche Früherkennung notwendigen Einsichten in die molekularen Prozesse des Körpers zu erweitern, sind ganz neue Forschungsmethoden und -strukturen notwendig. Vor allem die Übersetzung biologischen Wissens in präventive und kurative Interventionen funktioniert noch nicht. Gefragt ist hier die sogenannte translationelle Medizin, die diese Brückenfunktion wahrnehmen soll. Sie steckt jedoch noch in den Anfängen. Eine der Voraussetzungen sind viel engere Zusammenarbeitsmodelle zwischen Spitälern, behandelnden Ärzten, Grundlagenforschung und Medikamentenentwicklung. Die derzeitigen Organisationsmodelle in den Spitälern und Probleme mit dem Patientendatenschutz verhindern vielfach, dass sich die Erkenntnisse aus dem Labor früh in der Klinik nutzen lassen und die Resultate wieder in die Forschung



Modell zum Datenaustausch zu biologischen Patientendaten zwischen Forschung, Versicherungen, öffentlichen Organen, Spitälern und Pharmaindustrie
Quelle: PricewaterhouseCoopers AG

zurückfliessen können. In den angelsächsischen Ländern, zum Beispiel am Nuffield Department of Medicine der Oxford-Universität oder an der Stanford School of Medicine, erprobt man daher Modelle, die eine enge Kooperation zwischen Klinikern, Grundlagenforschern und traditionellen Mediziner fördern, um das neueste Wissen direkt zum Patienten zu bringen.

Ein wichtiger Bestandteil solch moderner Forschungslandschaften sind aber auch Gen- und Biobanken, die für die Wissenschaftler öffentlicher und privater Forschungszentren gut zugänglich sind. Dabei geht es keineswegs «nur» darum, die Informationen der Genanalysen möglichst vieler Menschen zu speichern und mit ihren Krankheitsgeschichten zu verknüpfen. Die Forschungsarbeiten des letzten Jahrzehnts haben nämlich nicht nur gezeigt, dass bei den allermeisten Krankheiten eine Vielzahl von Suszeptibilitätsgenen in unterschiedlichem Mass eine Rolle spielen. Vielmehr sind auch die verschiedenen Mechanismen von grosser

Bedeutung, die zum Ablesen und Umsetzen dieser Informationen notwendig sind. Nicht jeder Körper tut das auf dieselbe Weise. Auch kann sich die Art der Umsetzung im Laufe des Lebens verändern. Ebenso beeinflussen die Umwelt oder der Stoffwechsel diese Mechanismen. Zum Teil werden diese Einflüsse sogar als «epigenetische» Spuren in die genetische Information integriert.

Von grosser Bedeutung ist das individuelle Zusammenspiel der verschiedensten Arten von Proteinen in den einzelnen Zellen (Proteomik). Aus dem Vorhandensein und der Menge einzelner dieser Proteine, sogenannter Markerproteine, kann man Muster ablesen, die krankheitsspezifisch sein können. So lassen sich heute bereits in einem frühen Stadium Rückschlüsse auf die Entwicklung einer Krankheit ziehen. Der Nachweis entsprechender Marker ist daher von erheblichem diagnostischem Wert. Für solche Studien müssen jedoch eine Vielzahl von Gewebeproben untersucht werden, damit festgestellt werden kann, ob bei Erkrankten statistisch

signifikante Abweichungen beim Vorkommen relevanter Proteine zu beobachten sind.

Biobanken als Katalysator

Der Aufbau von Biobanken und deren Integration in umfassendere Informationssysteme hat für die Life-Sciences-Industrie hohe Priorität. Es gilt, für jedes Krankheitsbild über eine statistisch ausreichende Anzahl von Proben zu Untersuchungszwecken zu verfügen und mit entsprechenden Krankheitsgeschichten verknüpfen zu können. Grosse Mengen von Proben beziehungsweise von Teilnehmern sind für Biobanken zur Untersuchung spezifischer Segmente der allgemeinen Bevölkerung notwendig. So lassen sich über die Jahre und mithilfe ausgeklügelter bioinformatischer Algorithmen Korrelationen zwischen dem biologischen Hintergrund der Gewebespender und ihrer Krankheitsbilder herstellen. Von zentraler Bedeutung ist zudem die Qualität und Vergleichbarkeit des biologischen Mate-

«Für die medizinische Forschung sind nicht nur Daten von Patienten relevant, auch die Daten von Gesunden sind von grossem Wert, etwa von 90-jährigen, geistig aktiven Personen oder 80-jährigen Kettenrauchern, die keinen Lungenkrebs entwickelt haben.»

Ernst Hafen

rials. Im Spannungsfeld von der idealen Art der Aufbewahrung, der bestmöglichen Verfügbarkeit sämtlicher Daten und der Sicherstellung der Patientenrechte und -immunität sind die Anforderungen an die Aufbewahrung der Proben und die Verschlüsselung der Patientendaten hoch. Zum einen soll ein möglichst vollständiges Bild des Gesundheitszustandes der Person abrufbar sein, zum anderen gleichzeitig absolute Anonymität gewährleistet und garantiert werden. Auch ist es unumgänglich, dass für jede Untersuchung das Einverständnis des Gewebespenders vorliegt oder eingeholt wird, falls sie vom Spender nicht generell erteilt wurde oder aufgrund gesetzlicher Regelungen vorliegt. Eine Standardisierung der

Abläufe bei der Probenentnahme, deren Aufbewahrung und Handling sowie Qualitätsnormen für eine Zertifizierung und Akkreditierungssysteme sind unerlässlich.

Zurzeit gibt es in mehreren Ländern Initiativen zum Aufbau derartiger Biobanken und der Etablierung rigider Standards, sowohl von staatlicher wie auch von privater Seite, die auch eine Vernetzung kleinerer, eventuell spezialisierter Gewebesammlungen ermöglichen. Gleichzeitig prüfen verschiedene internationale Pharmafirmen, ihre Biobankaktivitäten an unternehmensübergreifende Institute auszulagern. Beide Trends führen dazu, dass Informationen, die heute in einer Vielzahl von Biobanken disparat lagern, zentralisiert und vernetzt vorhanden sein werden.

In der Schweiz wurde Ende 2005 der Verbund Biobank Suisse gegründet.⁴ Dessen Entwicklung kommt allerdings nur langsam voran. Die Gewebeproben lagern hierzulande häufig in den Tiefkühlern einzelner Institute und sind nur deren Mitarbeitern zugänglich; sie sind schlecht «kartografiert» und wenn überhaupt, dann nur manuell mit den Patientenverfügungen verbunden. Selten wird mit modernsten Technologien wie etwa der konstanten Überwachung des Kühlkreislaufs gearbeitet. Unterschiedliche Lager- und Bearbei-

tungsprozesse reduzieren die Vergleichbarkeit der Daten und damit die Aussagekraft entsprechender Studien jedoch erheblich. Sowohl für die Forschung an Spitälern und Hochschulen wie auch in den Schweizer Labors der Industrie ist die Entwicklung einer einheitlichen Biobanklandschaft oder einer zentralen Bank deshalb von grossem Interesse. Eine zentrale Datenbank biologischer und gesundheitsbezogener Informationen würde die Infrastruktur für die akademische und pharmazeutische Forschung massgeblich ergänzen und so den Forschungsstandort Schweiz erheblich stärken.



Prof. Ernst Hafen
ETH ZH und CEO evalueScience AG

Das schweizerische Gesundheitssystem im Umbruch

Sollen die neuen Erkenntnisse, welche die biomedizinische Forschung bringt und die Verknüpfung der Daten dem Individuum verschaffen kann, tatsächlich auch zum Wohl der Allgemeinheit zum Tragen kommen, sind erhebliche Anpassungen im Gesundheitssystem notwendig. Eine Personalisierte Medizin setzt, wie erwähnt, eine im Gesundheitswesen noch ganz ungewohnte Kultur der Transparenz und Offenheit voraus, die gleichzeitig den Patienten Datenschutz und Privatsphäre absolut garantiert. Transparenz und Zugang zu den relevanten Daten sind zwar keine neuen Forderungen. Die heutigen

Realitäten sprechen allerdings eine ganz andere Sprache. In einer weltweiten Studie gaben 2010 rund drei Viertel von über 200 befragten international führenden Persönlichkeiten im Gesundheitswesen an, dass ein ungenügender Zugriff auf Gesundheitsdaten die Menschen in ihrem persönlichen Gesundheitsmanagement behinderten. Und über 70 Prozent waren der Ansicht, dass mit elektronischen Patientenakten die Gesundheitssysteme für die Patienten produktiver würden.⁵

Das Gesundheitswesen der Schweiz ist zwar leistungsfähig und ermöglicht allen

Einwohnerinnen und Einwohnern unabhängig von ihrer finanziellen Lage den Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung. Sein Preis ist jedoch relativ hoch, rangiert das Land mit knapp 5000 Dollar Gesundheitsausgaben pro Kopf doch nach den USA und Norwegen an drittoberster Stelle unter den Industriestaaten.⁶ Ob die Qualität der medizinischen Leistungen und das Wohlbefinden

Fortsetzung Seite 18

«Damit die Vorteile einer Personalisierten Medizin zum Tragen kommen können, sind in allen Bereichen des Gesundheitssystems erhebliche Anpassungen notwendig.»

Max Neuhaus



***Managed Care,
Spitalfinanzierung
und Prävention:
Mehr (Lebens-)
Qualität und
Effizienz.***

In der Herbstsession 2011 nimmt das eidgenössische Parlament wichtige Weichenstellungen im Gesund-

heitswesen vor. Es entscheidet unter anderem auch über die Vorlage «Managed Care». Dabei geht es darum, dass die gesamte Behandlung bei Hausärzten, Spezialisten, Labors, Spitälern usw. von einer Stelle aus organisiert wird. Wer bei einer Krankenversicherung ein Managed-Care-Modell auswählt, verzichtet auf die freie Arzt- und Spitalwahl. Davon verspricht sich der Gesetzgeber – neben der Einführung der neuen Spitalfinanzierung per 1. Januar 2012 und der damit verbundenen Umstellung von der Tages- zur Fallpauschale – mehr Qualität in der Behandlung und mehr Effizienz im System. In der parlamentarischen Beratung befindet sich derzeit auch das Präventionsgesetz, das die Grundlage schaffen soll zu einer Steuerung und Koordination der Prävention von Bund, Kantonen und privaten Institutionen.

«Managed Care erhöht die Qualität der Behandlung.»

Der Schweizer Gesundheitsminister Didier Burkhalter sieht Managed Care als Möglichkeit zur Effizienzsteigerung, aber ebenso als Instrument zur Verbesserung der Qualität. Er kann im Weiteren die Überlegung nachvollziehen, wonach in Zukunft die Personalisierte Medizin nicht nur zu mehr Behandlungs-, sondern auch zu mehr Lebensqualität führt.

Exklusiv: Bundessrat Didier Burkhalter zur Personalisierten Medizin, zu Managed Care und zur Leistungsrationierung.

Das Interview wurde schriftlich geführt.

Marc-André Giger: Herr Bundesrat, die neue Spitalfinanzierung wird auch heute noch von den am stärksten Betroffenen, den Versicherern und den Kantonen, sehr unterschiedlich beurteilt. Wo liegen die Vorteile der neuen Spitalfinanzierung, und wie werden Sie verhindern können, dass es zu markanten Mehrbelastungen für die Prämienzahler kommt?

Bundessrat Burkhalter: Die neue Spitalfinanzierung bringt vor allem zwei Vorteile. Zum einen wird die Krankenversicherung mittelfristig entlastet, weil die Spitalkosten transparent ausgewiesen werden, was zwischen den Spitälern zu mehr Wettbewerb führt. Zum anderen müssen die Kantone die eigene Gesundheitsversorgung überdenken. Wie viele und welche Spitäler wollen sie noch betreiben oder sind allenfalls regionale, kantonsübergreifende Fusionen sinnvoll? Mittelfristig dürfte dies zu einer Optimierung der Schweizer Spitallandschaft führen. Was die Prämien angeht, so können die Versicherten davon ausgehen, dass das Bundesamt für Gesundheit die Prämien für

das nächste Jahr genau auf ihre Plausibilität hin überprüfen wird. Die neue Spitalfinanzierung darf nicht als Vorwand dazu dienen, die Prämien stärker anzupassen als nötig. Aber grundsätzlich müssen die Krankenkassenprämien kostendeckend sein.

Zudem haben wir, der Bundesrat und das Departement des Innern, eine ganze Reihe von Massnahmen ergriffen, um die Kostenentwicklung zu bremsen. Die Zahlen des letzten Jahres und des ersten Halbjahres 2011 (mit einer durchschnittlichen Kostensteigerung von einem bis zwei Prozent) zeigen, dass die Massnahmen greifen. Deshalb dürfen wir davon ausgehen, dass sich diese moderate Kostenentwicklung auch auf die Prämienanpassungen für 2012 auswirken wird.

Marc-André Giger: Alle leistungserbringenden Akteure im Gesundheitswesen, so die Pharmaindustrie, die Spitäler oder auch die Hausärzte, klagen über sinkende Profitabilität oder, Letztere, gar über Existenzsorgen. Ist die «Zitrone»

mit den heutigen Ansätzen zum Sparen langsam ausgepresst, und werden Schritte hin zur Rationierung von Gesundheitsleistungen unabdingbar?

Bundessrat Burkhalter: Bevor wir von Leistungsrationierung sprechen, müssen wir das heutige Sparpotenzial ausschöpfen, d.h., Abläufe optimieren, die Effizienz erhöhen, Synergien nutzen und die Qualität der Leistungen weiter verbessern. Sparen lässt sich beispielsweise auch durch ein konsequentes Einhalten von Hygienevorschriften oder durch den konsequenten Einsatz von Checklisten vor Operationen. Heute gehört es noch nicht in allen Spitälern zum Standard, dass Operationsteams vor einem Eingriff gemeinsam Checklisten durchgehen, obwohl so Fehler vermieden werden können, die häufig neben menschlichem Leiden auch hohe Folgekosten nach sich ziehen.

Internationale Studien zeigen, dass im Durchschnitt jeder zehnte Patient im Spital Komplikationen wegen Behandlungsfehlern erleidet, sodass diese Patientinnen und

Zur Person

Der Neuenburger Didier Burkhalter, seit 2009 Vorsteher des Eidgenössischen Departement des Innern im Bundesrat, ist kein Mann der lauten Worte und der grossen Ankündigungen.

Er konzentrierte sich in den letzten zwei Jahren mit der ihm eigenen Bescheidenheit, Beharrlichkeit und Ausdauer auf die die kleineren, aber an der Kostenfront umso wirksameren Schritte: Nachdem die Krankenkassenprämien in den zwei Jahren vor seinem Amtsantritt die Kosten nicht gedeckt hatten und die Reserven der Versicherer damit sukzessive wegbröckelten, schaffte er im Jahre 2010 die Trendwende dank höherer Prämien und der Umsetzung von teilweise bereits durch seinen Vorgänger Pascal Couchepin eingeleiteten Kostensenkungsmassnahmen.

Ihm, dem stets auf Konsens und Teamarbeit bedachten Politiker, gelang es mit seiner Unaufgeregtheit und Sachlichkeit, Krankenversicherer und Ärzte hinter die Managed-Care-Vorlage zu bringen oder das Parlament von einer Revision des Risikoausgleichs zu überzeugen.

Die Früchte dieser Arbeit werden erst in den kommenden Jahren sichtbar werden; erste Erfolge an der Kostenfront kann Burkhalter aber bereits jetzt verbuchen: Im Jahre 2010 sind die Gesundheitskosten lediglich um 1,9 Prozent gestiegen, nachdem sie seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1996 jährlich um durchschnittlich 4,3 Prozent gewachsen waren.

«Bevor wir von Rationierung sprechen, müssen wir das Sparpotenzial ausschöpfen.»

Didier Burkhalter

Patienten durchschnittlich eine Woche länger im Spital bleiben müssen. Rund die Hälfte der Komplikationen könnte aber vermieden werden. Bei 1200 komplexen Operationen, die von der Universität Zürich im Rahmen einer Studie untersucht wurden, waren 40 Prozent der Fallkosten auf Komplikationen zurückzuführen. Wir dürfen davon ausgehen, dass auch hier ein Teil davon vermeidbar gewesen wäre. Weiteres Sparpotenzial liegt in der konsequenteren und verbesserten Kontrolle von Qualität und Wirtschaftlichkeit durch die Versicherer, und zwar nach klaren Regeln, die alle gleich anwenden, um unnötige Mehrfachdiagnosen, -behandlungen und -rezeptierungen zu vermeiden.

Marc-André Giger: Sie haben sich mit Vehemenz im Parlament für eine Verfeinerung des Risikoausgleichs und für die Managed-Care-Vorlage eingesetzt. Es ist Ihnen gelungen, die wichtigsten Akteure, nämlich die Versicherer und die Ärzte, für das Anliegen von Managed Care zu gewinnen. Nun droht diese Vorlage im Parlament zu scheitern. Was erwarten oder wünschen Sie von den Räten?

Bundesrat Burkhalter: Managed Care ist Teil unserer Bemühungen, die Qualität zu verbessern. Wenn sich Ärztinnen und Ärzte besser vernetzen und die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen enger zusammenarbeiten, erhöht sich für Patientinnen und Patienten die Behandlungsqualität. Es

verringert aber auch Fehlerquellen und führt zu effizienteren Abläufen und damit zu geringeren Kosten. Ich bin deshalb überzeugt davon, dass die Räte in den letzten noch strittigen Punkten Lösungen finden und der Vorlage zum Durchbruch verhelfen werden. Wichtig für den Bundesrat ist, dass die Höchstbeträge für den Selbstbehalt im Gesetz festgelegt werden, zum Beispiel 1000 Franken ausserhalb der Versorgungsnetze und etwas weniger als 700 Franken für Managed-Care-Versicherte.

Marc-André Giger: Eine andere, derzeit in den vorbereitenden Kommissionen diskutierte Vorlage betrifft die Prävention. Auch hier sind Sie mit hohen Ambitionen und einer entsprechenden Gesetzesvorlage gestartet. Was erwarten Sie von der Umsetzung des neuen Präventionsgesetzes?

Bundesrat Burkhalter: Prävention ist aus zwei Gründen wichtig: Erstens trägt sie dazu bei, Erkrankungen zu vermeiden, gesund zu sein und zu bleiben. Und zweitens hat sie eine kostendämpfende Wirkung. Das Präventionsgesetz schafft die Grundlage – und das ist besonders wichtig – für die Steuerung und optimale Koordination der Prävention von Bund, Kantonen, privaten Organisationen und Institutionen. Gleich zeitig erhalten Kantone und Private mehr Mitsprache bei der Festsetzung der Ziele und bei der Umsetzung konkreter Massnahmen.



Zudem erleichtert das Präventionsgesetz den Zugang zu Früherkennungsprogrammen und die Integration der Prävention in die medizinische Behandlungskette. Und nicht zuletzt schliesst das Gesetz eine wichtige Lücke: Denn heute verfügt der Bund über keine gesetzlichen Grundlagen zur Verhütung und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Depressionen. Diese Lücke zu schliessen, ist besonders wichtig, weil die Kosten dieser Krankheiten hoch sind und allein wegen der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren weiter ansteigen dürften.

Marc-André Giger: International wird in der Gesundheitsbranche die Personalisierte Medizin als der dominierende Trend für das nächste Jahrzehnt gesehen. Eine Personalisierte

Medizin, die den Patienten in jeder Hinsicht in den Mittelpunkt stellt, könnte nach Meinung der Fachleute langfristig die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöhen und damit möglicherweise auch Kosten senken. Wichtige Stichworte dazu sind unter anderem die Eigenverantwortung des Patienten und elektronische Health Records.

Wie weit ist man da beim Bund, und inwiefern sind Ihre derzeitigen Bemühungen kompatibel mit der Vision einer modernen, globalen, personalisierten Medizin?

Bundesrat Burkhalter: Das elektronische Patientendossier ist ein weiterer Baustein in unserer Strategie, Qualität und Patientensicherheit zu erhöhen. Der Bundesrat wird die Vernehmlassung zum entsprechenden Bundesgesetz noch in diesem Jahr eröffnen.

Das Ziel der Personalisierten Medizin ist, unnötige oder mehrfache Behandlungen zu vermeiden. Dagegen ist selbstverständlich nichts einzuwenden. Die Auswirkungen auf die Behandlungskosten sind jedoch differenziert zu analysieren. Ob eine stark individualisierte Medizin in jedem Fall auch kostengünstiger ist, darf bezweifelt werden.

Wenn Personalisierte Medizin neben den genetischen Eigenschaften auch die sozialen und kulturellen Umstände, in denen Menschen leben, berücksichtigt, kann daraus ein Mehr an Behandlungs- und noch wichtiger ein Mehr an Lebensqualität resultieren.

Herr Bundesrat, wir danken Ihnen für das Gespräch.



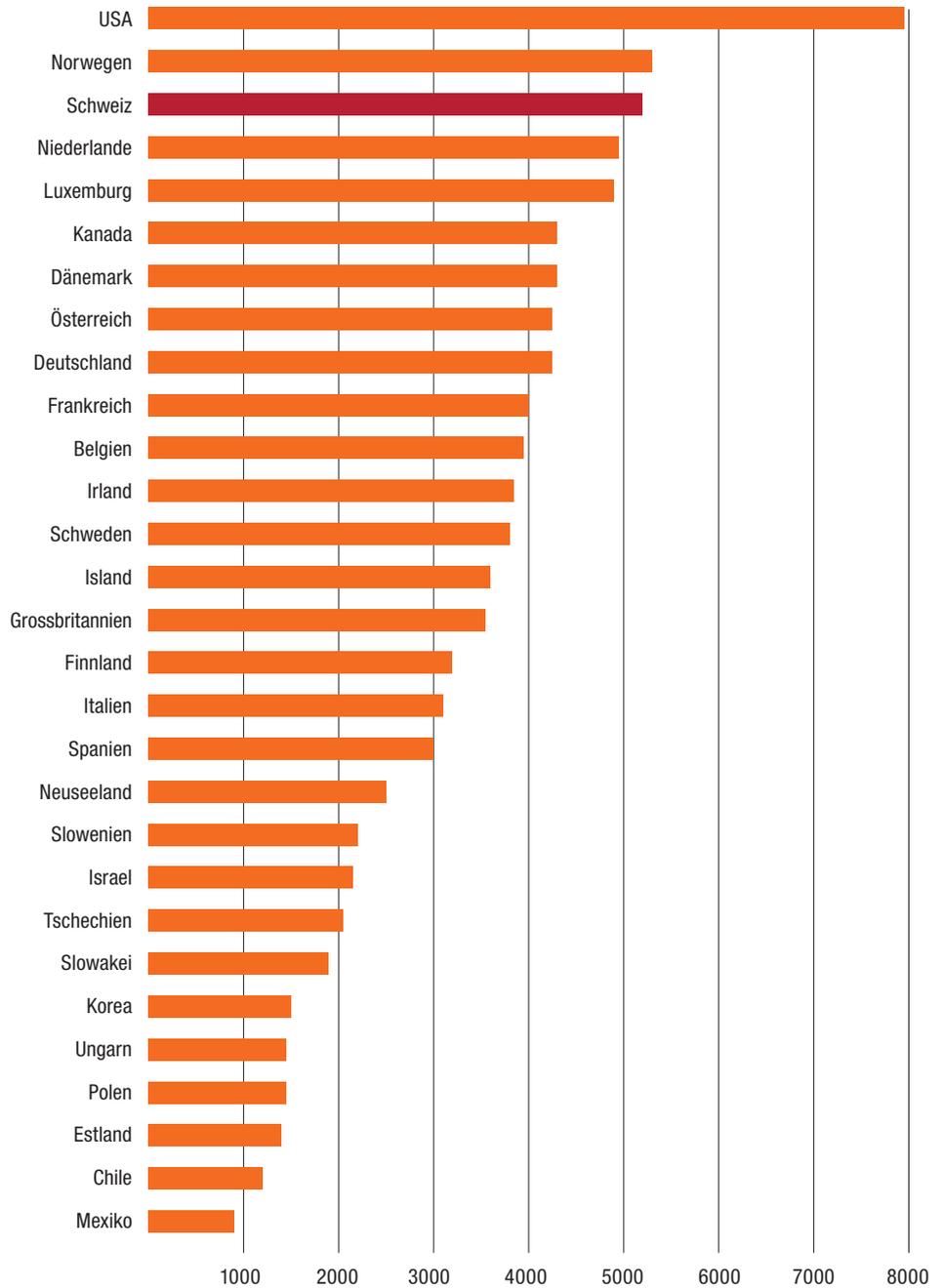
Marc-André Giger
Director, Öffentlicher Sektor

der Bevölkerung auch entsprechend hoch ist, kann dagegen nicht beurteilt werden. Zudem mangelt es in der Schweiz an Untersuchungen zur Wirksamkeit der politischen und behördlichen Massnahmen im Gesundheitswesen.

Aufgrund seiner historischen Entwicklung wird das schweizerische System stark von der Politik mit ihren verschiedenen Anspruchsgruppen und insbesondere von den Kantonen gesteuert; es besteht aus einer Mischung von marktwirtschaftlichen und planwirtschaftlichen Elementen. Verschiedentlich kommt es auch zu einer Vermischung von Interessen, so zum Beispiel, wenn Kantone als Eigentümer von Spitälern gleichzeitig für die Spitalplanung zuständig sind. Das System ist damit äusserst komplex, schwer zu lenken und nur in Schritten zu reformieren. Einer Modernisierung in Richtung Personalisierter Medizin stehen zahlreiche Hindernisse entgegen.

In vielen Bereichen fehlt heute die Transparenz, insbesondere bei Fragen zu Kosten und Effizienz. Der einzelne Patient hat kaum relevante Informationen und wenig Anreiz, um zur Kostensenkung beizutragen. Ärzte und Industrie fürchten angesichts des Spardrucks um ihre Einkünfte. Das System wird unter anderem geprägt von Machtkämpfen, festgefahrenen Routinen und Besitzstandwahrung sowie einem Gerangel um Ressourcen. Im Vordergrund stehen vielerorts noch immer Prestigedenken und entsprechende Vorzeigeobjekte. Dazu eignet sich teure Spitzenmedizin in der Akutversorgung besser als eine wirksame und patientengerechte Versorgung zum Beispiel in der Psychiatrie. Dies geht oft auf Kosten der Patienten und der prämierten- und steuerzahlenden Bevölkerung. Transparenz von Daten zu Behandlungserfolgen und den dafür notwendigen Aufwendungen werden von manchen Spitälern als Bedrohung gesehen; gleichzeitig wird gerade mit dem Kostenargument für höhere Abgeltungen plädiert. Gesellschaftlich kontraproduktive Tendenzen gibt es auch bei Krankenversicherern, bei denen sich als Folge einer lückenhaften Regelung in der Vergangenheit manche vor allem mit der Jagd nach guten Risiken, lies vor allem jungen Versicherten, profilierten. Einiges soll das neue Krankenversicherungsgesetz mit dem neuen Risikoausgleich verbessern, überall aber wird es nicht Abhilfe schaffen.

Die Schweiz hat die dritthöchsten Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben der OECD-Länder.



Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben OECD-Länder, 2009

Quelle: OECD 2009, die Daten sind in US-Dollar und Kaufkraftparitäten (KKP) angegeben, was einen Ländervergleich auf einer gemeinsamen Basis möglich macht.

Finanzielle Transparenz bei Krankenversicherern

Die Herstellung von Transparenz im Gesundheitswesen und die Einführung einer stärker personenorientierten Medizin in den nächsten Jahren ist eine grosse Herausforderung für alle Beteiligten. Das lässt sich abschätzen, wenn man sieht, wie weitreichende Konsequenzen bereits viel weniger revolutionäre Neuerungen

Swiss GAAP FER 41 hat aber nicht nur für die Krankenversicherer erhebliche Konsequenzen. Dasselbe gilt für die Aufsichtsbehörde. Sie hat zwar die Arbeiten in der FER-Arbeitsgruppe begleitet, ist aber nur bedingt auf die neue Situation vorbereitet. Dass die neuen Regeln eine höhere Transparenz in der

«Die Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER führt nicht nur bei der Offenlegung der Jahresrechnung zu mehr Transparenz – sie wird vor allem zusammen mit dem neuen Solvenzttest auch die Basis zu einem Umdenken beim Management und der Aufsichtsbehörde legen.»

Martin Frei

zeitigen. Einen ersten Schritt zu vermehrter Transparenz bringen die neuen Fachempfehlungen zur Rechnungslegung für Gebäudeversicherer und Krankenversicherer, die Swiss GAAP FER 41, die am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Sie erzwingen im obligatorischen Bereich der Krankenversicherung eine einheitliche und transparente Darstellung und Offenlegung der Jahresrechnung. Dadurch lassen sich die einzelnen Krankenversicherer besser miteinander vergleichen, dies ein wichtiger Zweck des Unterfangens. Der Zwang zur Anwendung der Swiss GAAP FER 41 bedingt vielerorts einige Veränderungen im Rechnungswesen. Noch wichtiger aber ist, dass er unweigerlich einen Mentalitätswandel allgemein hin zu mehr Offenheit einleitet. So muss sich das Management darauf einstellen, auch Fragen zur Geschäftsführung nach innen und aussen sachlich und gut begründet zu beantworten, etwa zur Kostenentwicklung, zu den Prämien oder zum Verwaltungsaufwand. Da eine Kultur der Offenheit und Transparenz eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg von Unternehmen in dem durch die Personalisierung der Medizin sich abzeichnenden Wettbewerb um qualitätsorientierte und gut informierte Patienten sein wird, können die anstehenden Umstellungen im Rechnungswesen zur ersten Weichenstellung für den zukünftigen Erfolg werden.

Rechnungslegung mit sich bringen, ist nämlich nur das eine. Langfristig mindestens so bedeutend ist die Frage, wie mit dieser neuen Transparenz umzugehen ist. Konkret gilt es hier zu klären, wie auf die wachsenden Schwankungen in den Jahresergebnissen zu reagieren ist, die die neue nun etablierte konsequente Orientierung am Marktwert mit sich bringt. Soll ein schlechtes Börsenjahr bei Versicherern, die innerhalb des zulässigen Rahmens viel in Aktien investiert haben, sofort zu Prämien erhöhungen führen? Und sind umgekehrt gute Finanzjahre als Prämien senkungen an die Versicherten weiterzugeben? Prämienänderungen gutzuheissen ist – wie die vergangenen Jahre gezeigt haben – auch immer eine politische Angelegenheit. Die Aufsichtsbehörden müssen in der nächsten Zeit daher die entsprechende Kompetenz aufbauen und einen neuen Stab von Fachleuten heranbilden. Deren Aufgabe wird es sein, die Daten der neuen Jahresrechnungen mit dem nötigen Know-how zu lesen und zu interpretieren, um darauf basierend die Risikofähigkeit der einzelnen Kassen beurteilen und Empfehlungen abgeben zu können. Die nach Swiss GAAP FER erstellte Jahresrechnung ist zudem eine wichtige Grundlage für den neu eingeführten Solvenzttest beziehungsweise die Beurteilung allfälliger Prämienanpassungen.

Auch für die Beurteilung des Solvenzttests, den die Krankenversicherer der Aufsicht ebenfalls ab 2012 jährlich zur Verfügung stellen müssen, benötigen die Behörden jedoch ein entsprechendes Know-how. Der Test orientiert sich am Swiss Solvency Test für Privatversicherungen. Dieser ist als Folge der Aktienkrise von 2002 entwickelt und ab 2006 stufenweise eingeführt worden. Damit Versicherte nicht durch einen Bankrott ihrer Versicherungen zu Schaden kommen, wird dabei, ähnlich wie bei den Stresstests der Banken, geprüft, ob die Anlagepolitik des Versicherers, dessen Vermögen aus Aktien, Obligationen oder auch Immobilien mit deren inhärenten Risiken besteht, auch Szenarien mit aussergewöhnlichen Ereignissen standhält. Die Aufsichtsbehörde muss auch hier nun erst einen entsprechenden Fachstab aufbauen, der diese Berechnungen interpretieren und Richtwerte (Benchmarks) setzen kann, die Vergleiche ermöglichen. Zudem gilt es zu definieren, wann der zulässige Bereich verlassen wird. Und was geschieht, wenn dieser Fall eintritt? Ähnliches gilt für die Aufsicht über die Spitäler durch die Eigner (u.a. Kantone), bei der die Zertifizierung der Kostenrechnung nach REKOLE und eine einheitliche Rechnungslegung nach Swiss GAAP FER an Bedeutung gewinnen.



Martin Frei
Partner, Financial Services Insurance

All dies zeigt, dass eine grössere Datentransparenz die Aufsichtsbehörden im Gesundheitsbereich plötzlich vor neue Aufgaben stellt. Dies wird sich noch akzentuieren, wenn die Transparenz der eigentlichen Gesundheitsdaten zunimmt. Sie geben Aufschluss über die Art, Qualität und Kosten der gängigen Behandlungen und deren Effizienz. Die Daten einer wirklich personalisierten Medizin werden bei den Aufsichtsbehörden den Bedarf

für Analysen und den Aufwand für die Gewährleistung von Transparenz und die Steuerung vervielfachen. Die derzeitigen Diskussionen zwischen Spitälern und Versicherern über den Zugang zu diesen Daten zeigen deren grosse Bedeutung.

Bereits heute erhält die Aufsichtsbehörde von den Krankenversicherern im Rahmen der jährlichen Berichterstattung ausserdem zusätzliche Informationen. Diese enthalten nebst weiteren Angaben zur Rechnungslegung auch solche zu ausbe-

zahlten Leistungen nach Kantonen, Geschlecht, Alter usw. Und die Krankenversicherer selber verfügen intern noch über weit mehr Möglichkeiten, Daten zu Dienstleistern zu ermitteln und auszuwerten. Mit diesen Daten könnten sehr viel konkretere Informationen über die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gewonnen werden, etwa über Ärzte, Apotheken, Spitäler und andere mehr. Auch Schlüsse über die Qualität der Arbeit dieser Dienstleister liessen sich ziehen.

Solche Informationen werden heute jedoch nicht systematisch ermittelt und ausgewertet und auch nicht der Aufsichtsbehörde zur Verfügung gestellt. Dies hängt zum Teil mit dem derzeitigen Datenschutzgesetz zusammen. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat zwar den Auftrag, vorhandene Daten des Gesundheitssystems politikrelevant auszuwerten und es tut dies mit hoher Kompetenz.⁷ Seine Studien werden aber nicht für die Steuerung des Gesundheitssystems eingesetzt.

Neue Geschäftsmodelle für Versicherer

Mit dem neuen Swiss Solvency Test der Krankenversicherer sind aber nicht nur die Aufsichtsbehörden gefordert, die dessen Resultate zu beurteilen haben. Auch die Krankenversicherer selber müssen umdenken. Sie werden als Erstes aufgrund der vom Bundesamt für Gesundheit zu definierenden Modelle belegen müssen, dass sie den geforderten Solvenzansprüchen genügen. Deren Anwendung dürfte sich aber nicht nur auf die Erfüllung von behördlichen Vorgaben beschränken. Im Gegenteil, es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung stochastischer Modelle in Zukunft für die Krankenversicherer immer wichtiger wird, um weitere unternehmerisch interessierende Kenngrössen zu ermitteln und zu analysieren. Mit solchen Modellen lassen sich anhand verschiedener Szenarien mögliche Entwicklungen sowohl der Passiv- als auch der Aktivseite einer Bilanz in die Zukunft projizieren und deren Zusammenhänge untersuchen. Eine möglichst genaue Analyse der zu erwartenden Entwicklungen eines Unternehmens ist in einem Dienstleistungssektor wie jenem der Krankenversicherer, deren operatives Umfeld durch Gesetze, behördliche Auflagen und sich rasch verändernde marktwirtschaftliche Randbedingungen immer anspruchsvoller wird, besonders wichtig. Je umfassender und ausgefeilter die Modelle eines Versicherers sind und je genauer er anhand verlässlicher Daten die eigenen Geschäftstätigkeiten zu erfassen und das Umfeld

abzubilden vermag, umso besser lässt sich auf diese Weise die Tragbarkeit zukünftiger Geschäftsstrategien evaluieren. Wichtig bei einem solchen Prozess ist es allerdings, sich nicht nur der Möglichkeiten, sondern auch der Grenzen der verwendeten Modelle bewusst zu sein und die erhaltenen Resultate auf ihre Plausibilität zu hinterfragen. Der Qualität und Granularität des zur Verfügung stehenden Datenbestandes kommt dabei eine äusserst wichtige Rolle zu.

Der Zugang zu differenzierten Daten in anonymisierter Form, wie sie eine Personalisierte Medizin ermöglicht, kann in diesem Zusammenhang bei der Weiterentwicklung von Geschäftsmodellen enorm hilfreich sein. Zu denken ist etwa an genauere Informationen über das Aufkommen und die Verbreitung von

«Einer differenzierten Modellierung kommt bei den Krankenversicherern eine immer grössere Rolle zu. Sie kann ihnen im Rahmen einer Personalisierten Medizin auch ermöglichen, ganz neue, kundenspezifischere Produkte zu entwickeln.»

Arthur Henseler



Arthur Henseler
Senior Manager, FS Insurance

Krankheiten oder an Angaben über den Verlauf und den Erfolg verschiedener Therapien und Behandlungspfade, aufgeschlüsselt nach Leistungsanbietern wie zum Beispiel Ärzten und Spitälern. Eine derartige Verbesserung der Transparenz könnte zu innovativen Weiterentwicklungen und einem engeren und nachhaltigeren Verhältnis zwischen Patienten, Krankenversicherern und Leistungserbringern führen. Vorstellbar sind dabei auf Seiten der (Rück-)Versicherer zum Beispiel Spezialisierungen. Bei der Grundversicherung wäre dazu ein entsprechender gesetzlicher Risikoausgleich nötig, der für die Erhaltung der Solidarität sorgt. So könnten sich Versicherer etwa auf einzelne Krankheiten wie Diabetes, Parkinson oder Multiple Sklerose konzentrieren, dabei aber die gesamte Behandlungskette aktiver gestalten, indem sie das Zusammenspiel der einzelnen Leistungserbringer optimieren und mit zunehmender Erfahrung perfektionieren. Damit wären sie in der Lage, den betroffenen Patienten aufgrund eines massgeschneiderten Geschäftsmodel-

dells und einer vertieften eigenen Kompetenz den Zugang zu den jeweils neuesten und wirksamsten Therapiemöglichkeiten zu erleichtern. Derart massgeschneiderte Versicherungsprodukte könnten sowohl die Qualität erhöhen als auch die Kosten für den einzelnen Patienten senken.

Selbst eigentliche (Kranken-)Vorsorgeversicherungen sind denkbar, die sich an eine besonders gesundheitsbewusste Klientel wenden, welche bereit ist, für Gesundheit und nicht für Krankheit zu bezahlen. Die Krankenversicherer könnten somit im Umwandlungsprozess von reinen Zahlungsstellen hin zu mitgliederorientierten Gesundheitskassen, bei denen die

Prävention immer wichtiger wird, eine aktivere Rolle übernehmen, als dies heute noch der Fall ist. Erst die mit möglichst umfassenden Daten der Personalisierten Medizin erstellten Modelle werden es den Versicherern aber ermöglichen zu entscheiden, welche Versicherungsvarianten nur wünschenswert und welche für sie auch ökonomisch attraktiv sind.

Spitäler unter Reformdruck

Die Revolution der Personalisierten Medizin wird aber in erster Linie für die Leistungserbringer enorme Umstellungen zur Folge haben. Das trifft für die Arztpraxis ebenso zu wie für die ambulanten Pflegedienste, für die Spitäler wie für die Institutionen zur Rehabilitation oder die Pflegeheime und die Apotheker. Wie die Versicherer müssen sie alle ihre Organisation und Arbeitsweise den sich verändernden Bedürfnissen und Möglichkeiten anpassen. Vor allem muss der Informationsfluss vielerorts ganz neu gestaltet werden.

Gleichzeitig eröffnen sich den Gesundheitsdienstleistern aber neue Chancen. Wer diese frühzeitig erkennt und nutzt, wird einen Wettbewerbsvorteil haben, zumal die neue Transparenz unter dem allgegenwärtigen Spardruck auch die Konkurrenz verstärken wird. Setzt sich das Prinzip Pay for Performance (P4P) durch, wird der Nachweis von Qualität eines der zentralen Kriterien für den Erfolg werden.

Für die Spitäler zum Beispiel, die mit einem Anteil von derzeit 35,6 Prozent der gesamten Kosten des Gesundheitswesens von gut 60 Milliarden Franken (2009) am meisten Geld erhalten, wird eine frühzeitige Anpassung an die Erfordernisse der zukünftigen Personalisierten Medizin prioritär. Sie können mit einer bedarfsgerichteten und zielführenderen Behandlung, wie sie die Personalisierte Medizin verlangt, auch ihre Kosten senken – falls nicht falsche Anreizsysteme dem im Wege stehen. Auf betriebswirtschaftlicher Ebene ist der Ruf nach Transparenz und Vergleichbarkeit von Kosten und Leistun-

gen ohnehin lauter geworden. Und der bereits heute vorhandene Rechtfertigungsdruck wird nochmals steigen.

Die Voraussetzungen für die notwendigen Reformen sind allerdings gerade bei den Spitälern vielerorts ungünstig. Sie haben bis anhin am meisten von den Eigenheiten des schweizerischen Systems profitiert, das auf einer Art Kompromiss zwischen staatlicher Lenkung und reguliertem Wettbewerb besteht und nur wenig Anreize für den Patienten kennt, Eigenverantwortung zu übernehmen. Nicht zuletzt aus politischen und regionalwirtschaftlichen Gründen – Kantone und Kommunen wollen aus unterschiedlichsten Gründen oft ihre eigenen Institutionen – gibt es kaum öffentlich zugängliche Leistungsdaten, die den Patienten erlauben würden, die Qualität der verschiedenen Institutionen miteinander zu vergleichen. Der jährliche Qualitätsbericht des Universitätsspitals Zürich bildet hier eine löbliche Ausnahme.⁸

«Personalisierte Medizin führt dazu, dass die Patienten inskünftig nicht mehr durch die neusten und teuersten Apparate angezogen werden, sondern durch Transparenz darüber, wer den Bedarf des Patienten am schnellsten und wirtschaftlichsten decken kann.»

Max Neuhaus

Eine ganzheitliche Optimierung, wie sie die Auswertung von elektronisch durchgängig kompatiblen Patientenakten ermöglicht, die sowohl relevante Daten aus der Zeit vor dem Spitalaufenthalt wie danach enthalten, wird automatisch auch die Nachbehandlungen, etwa Rehabilitationsaufenthalte und Physiotherapien oder das Auftreten weiterer gesundheitlicher Probleme und Komplikationen, mitberücksichtigen. Damit wird für die Spitalbewertung bedeutend, wie schnell und wie gut sich der Patient ausserhalb seiner eigenen vier Wände erholt und wann er sich wieder gesund fühlt. Spitäler, aber möglicherweise auch Arztpraxen, haben in Zukunft also ein Interesse daran, für den individuellen Patienten aufgrund der zugänglichen Erfahrungsdaten aus den verschiedenen Therapiestufen den optimalen Behandlungspfad zu finden. Dieser steigert die Zufriedenheit des Patienten und senkt zugleich die Kosten. Das bringt zwar Mehraufwand für die Beratung des Patienten, wird sich aber bei einer grösseren Eigenverantwortung des Patienten über ein besseres Rating und damit einen entsprechenden Zustrom von Patienten insgesamt positiv für das Spital oder den Arzt auswirken.

Das Kostensparpotenzial einer sektorenübergreifenden Planung der Behandlungen wollen sich auch die Krankenversicherer in sogenannten Managed-Care-Systemen zunutze machen. Im Gegensatz zur Personalisierten Medizin stehen dabei jedoch nicht Transparenz und Mündigkeit der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Managed Care soll in diesen Modellen vielmehr verhindern, dass durch unnötige Untersuchungen oder erfolglose Therapien Mehrkosten entstehen. Der Arzt hat in einer solchen Praxis ein vitales Interesse daran, dass die Behandlung

seiner Klientele nicht zu teuer wird; dadurch möchten die Versicherer ihre Kosten tief halten. Eine gute Managed-Care-Praxis wird jedoch genauso wie künftige Berater im Rahmen einer Personalisierten Medizin die Resultate und den Erfolg sowie die Kosten verschiedener Behandlungspfade möglichst objektiv vergleichen.

Im Gegensatz zur Einführung von Managed-Care-Systemen bedingt die Personalisierte Medizin jedoch einen fundamentalen Wandel in der Denkweise, der Organisation

und dem Management von grossen Institutionen wie Spitälern oder Rehabilitationskliniken und Heimen. Nicht nur innerhalb der Institution muss zwischen den einzelnen Hierarchiestufen, Ärzten und Abteilungen, eine offene Kultur der qualitätsorientierten Teamarbeit aufgebaut und gepflegt werden. Dasselbe gilt auch in Zusammenarbeit mit nachgeschalteten Organisationen wie im Fall von Spitälern, Heimen, ambulanten Betreuungsdiensten oder Apotheken und selbständigen Therapeuten. Leicht transferierbare und kompatible Patienten-

akten, die mit einer gestuften Verschlüsselung den Datenschutz des Patienten garantieren, sind in einem solchen System ein Muss. Die Politik ihrerseits hat dafür zu sorgen, dass nicht falsche Rahmenbedingungen für die Bewertung und die Beiträge der öffentlichen Hand, unabhängig von den Bemessungsgrundlagen, eine zu enge betriebswirtschaftliche Maximierung der einzelnen Einheiten erzwingen und so einzelne Behandlungsstufen und -kriterien auf Kosten der Gesamtbehandlung minimieren.

Wachsender Fachkräftemangel

Eine besondere Herausforderung stellt schon heute das Personalmanagement dar. Dieses kommt im Gesundheitswesen und insbesondere in den Spitälern auch ohne einen Wechsel zu einer Personalisierten Medizin unter grossen Druck. Zum einen zeichnet sich als Folge der wachsenden Patientenzahlen ein rasch ansteigender Bedarf an geeigneten und gut ausgebildeten Fachkräften auf allen Stufen ab. Das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) beziffert den zusätzlichen Bedarf allein an Pflegekräften bis ins Jahr 2020 mit 25 000 Fachleuten.⁹ Die gezielte und strategische Rekrutierung entsprechenden Fachpersonals wird aber immer schwieriger. Der Schweizer Markt ist seit Längerem ausgetrocknet, es stehen nicht genug Ausbildungsplätze zur Verfügung, und über die Hälfte des zwischen 2002 und 2008 erfolgten Ausbaus um 15 000 Arbeitskräfte wurde durch Zuwanderung aus dem nahen Ausland ermöglicht.¹⁰ Dieser Zustrom an Pflegepersonal dürfte in naher Zukunft jedoch weitgehend versiegen. Das betrifft alle Berufe, vom Hilfspfleger bis zum Arzt. Allein in Deutschland hat eine Studie gezeigt, dass dem Land im Gesundheitswesen bis im Jahr 2020 über 200 000 und bis 2030 beinahe eine Million Fachkräfte fehlen. Bei den Ärzten beziffert sich das Defizit laut der Studie in zehn Jahren auf etwa 55 000, im Jahr 2030 auf über 165 000 Ärztinnen und Ärzte.¹¹

Gleichzeitig steigen die Anforderungen an das Personal, insbesondere in den leitenden Chargen. Nicht nur die generelle Wissensexplosion in den vielen Disziplinen der Medizin spielt dabei eine Rolle.

«Die Rekrutierung von Nachwuchs erfordert eine neue Strategie des Talent-Managements und eine neue Arbeitskultur. Wer Talente aus der «Internetgeneration» gewinnen will, muss sich ihr anpassen. Für das Gesundheitswesen ist das von entscheidender Bedeutung.»

Charles Donkor

Der Kostendruck führt auch dazu, dass vermehrt ökonomisches Denken und betriebswirtschaftliches Vorgehen gefragt ist. Zudem hat der Ausbau der Informationsgesellschaft und die Emanzipation der Patienten und «Konsumenten» zur Folge, dass das Gespräch mit Letzteren sehr viel anspruchsvoller geworden ist, als es noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war. Die Macht der «Götter in Weiss» war damals vielerorts tabu und schützte

diese vor kritischen Nachfragen. Die bestehenden Berufsbilder dürften den zukünftigen Aufgaben im Gesundheitswesen daher nur mehr bedingt genügen. Vor allem ist davon auszugehen, dass sich neue Berufe, besonders auch für das Management, im Bereich Public Health etablieren.

Die Erarbeitung von neuen Berufsbildern, die medizinische mit ökonomischen und/oder kommunikativen Kompetenzen verschmelzen, wird in dieser aussergewöhnlichen Umbruchphase des Gesundheitswesens unerlässlich sein. Ein Erfolg versprechender Ansatz könnten etwa neue Modelle sein, die ermöglichen, Personen mit hoher Fachkompetenz unabhängig von Führungspositionen einen hohen beziehungsweise höheren Status und eine entsprechende Entlohnung zu geben. Es ist auf Dauer wenig sinnvoll, dass der beste Chirurg, unabhängig von seinen Führungsqualitäten, zugleich die Klinik leiten muss. Mitarbeiter, die betriebswirtschaftliches und gesundheitsökonomisches mit juristischem Wissen verbinden, werden immer wichtiger. Mancherorts wird bereits verzweifelt nach (Nachwuchs-)Führungskräften gesucht, die im Spannungsfeld von medizinischer Versorgung, Qualitätsmanagement, Kostenkontrolle und neuesten technologischen und pharmakologischen Entwicklungen wirtschaftliche und effiziente Lösungen für Gesundheitsinstitutionen finden.



Charles Donkor
Partner, Human Resources Services

Die derzeitigen Ausbildungsmodelle mit ihrer zunehmenden Akademisierung sind im Gesundheitssystem zudem kaum geeignet, um die notwendigen Berufsleute in genügender Zahl heranzuziehen. Das gilt vor allem für die Pflegestufe. Die Matur als Eintrittsschranke verunmöglicht vielen Menschen, die für diese Aufgaben begabt wären, den Zugang zu befriedigenden Karrieren im Gesundheitswesen und begrenzt damit das ohnehin knappe Rekrutierungspotenzial weiter.

Manche dieser Probleme sind nicht spezifisch für die Gesundheitsbranche und werden auch nicht durch eine Personalisierung der Medizin ausgelöst. Sie erhalten aber durch die Personalisierung der Medizin eine erhöhte Dringlichkeit. Die neue Medizin bringt eine weitere Zuspitzung des Fachkräftemangels und verlangt neben entsprechender Weiterbildung und Teamarbeit von den Beschäftigten im Gesundheitswesen gleichzeitig eine ausgeprägte Sozialkompetenz und die Fähigkeit, ökonomische Prozesse zu optimieren.

Neupositionierung der Personalabteilungen

Nun stellt sich die Frage, wer sich der Rekrutierungsprobleme annimmt und praxisfähige und zukunftsorientierte Lösungen ausarbeitet. Eine wichtige Rolle werden zweifellos die Personalabteilungen zu spielen haben, da die Beschaffung, Weiterentwicklung und Pflege von Ressourcen und Fähigkeiten ein strategischer Auftrag vom Personalwesen sein muss. Die Personalabteilungen waren jedoch in der Vergangenheit und sind heute noch in vielen Spitälern in erster Linie für administrative Aufgaben zuständig. Sie haben bis anhin kaum je auf Augenhöhe mit der obersten Spitalleitung Themen wie

strategische Personalplanung, Talent Management oder (Leadership-)Development diskutiert. Und moderne Instrumente des Personalmanagements und der Personalführung, wie sie in den letzten Jahren entwickelt wurden, werden erst vereinzelt eingesetzt. Im Vergleich zu anderen Branchen herrscht beim Personalmanagement der Spitäler daher ein erheblicher Nachholbedarf, der sich durch den sich zuspitzenden Arbeitskräftemangel, die steigenden Ansprüche und die rasanten Veränderungen markant verschärft.

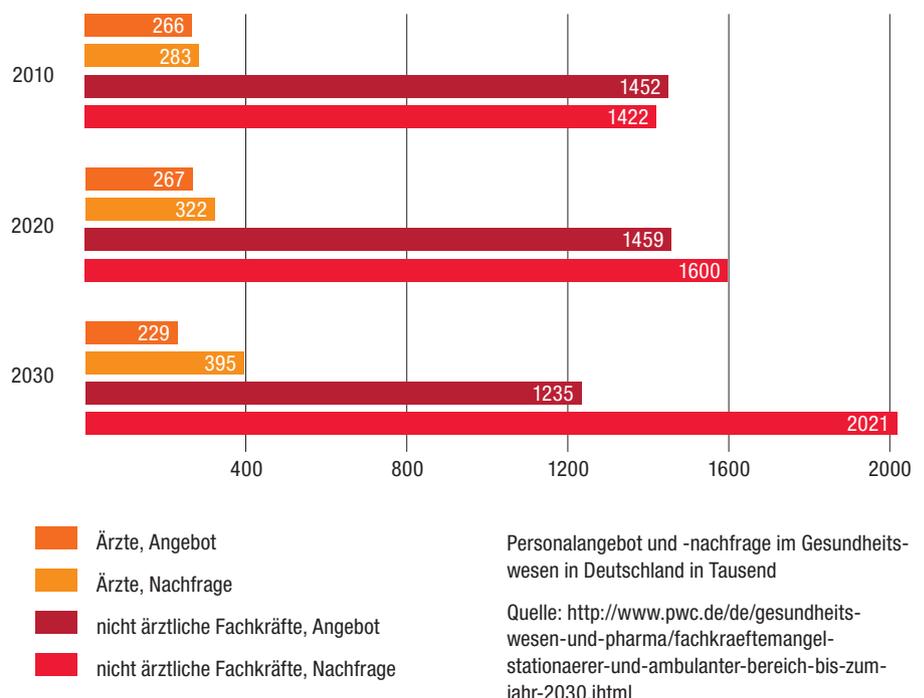
Die Führungsgremien müssen als Erstes überprüfen, ob die derzeitige Personalabteilung bezüglich hierarchischer Einbettung, organisatorischer Aufstellung sowie Fähigkeiten und Kompetenzen überhaupt in der Lage ist, diese Aufgaben wahrzunehmen. Dabei geht es nicht nur um eine fachliche Weiterentwicklung, sondern es muss auch ein neues Rollenverständnis sowie eine entsprechende Arbeitskultur geschaffen werden, um die notwendige Entwicklung meistern zu können. Wie gut sich die einzelnen Spitäler im Kampf um die knapper werdenden Ressourcen als attraktive Arbeitgeber positionieren können, wird für sie schliesslich entscheidend sein, um im Wettbewerb zu bestehen.

Über die Generationengrenzen hinweg

Besonders dringlich ist die Schaffung einer neuen Arbeitsplatzkultur für das Anwerben von Nachwuchs im Gesundheitswesen. Die heute Zwanzig- bis Dreissigjährigen sind zur «Internetgeneration» zu zählen, der sogenannten Generation Y oder auch «Millennials», wie sie sich selber nennen.¹² Die Millennials gelten als inspiriert, flexibel und teamorientiert, aber schwierig zu führen. Sie denken nicht in Hierarchien, sondern sehen den Teamleiter eher als Coach. Sie suchen Herausforderungen; Weiterbildung wird als Schlüssel zum Erfolg gesehen. In vielen Aspekten unterscheiden sie sich deutlich von den Generationen der in den 1960er- und 1970er-Jahren Geborenen sowie der Nachkriegsgeneration der Babyboomer.

Die beschleunigte Abfolge unterschiedlicher Generationen in den letzten Jahrzehnten hat dazu geführt, dass sich die Firmen mit drei – manchmal vier und in Zukunft gar fünf – verschiedenen Generationen mit variierenden persönlichen Verhalten und Erwartungen auseinandersetzen müssen. Diese Herausforderung akzentuiert sich zusätzlich, wenn die Knappheit an Arbeitskräften und die

Im Jahre 2030 ist der Personalbedarf im Gesundheitswesen kaum zu decken.



Problematik der Sozialversicherungen so gross werden, dass notgedrungen immer mehr Menschen übers Pensionsalter hinaus arbeiten. Firmen, denen es nicht gelingt, diese verschiedenen Kulturen im Alltag konstruktiv zu integrieren, werden auf die Dauer in der Dynamik des globalisierten Marktes keinen Bestand haben.

Dies gilt für die Leistungserbringer im Bereich Personalisierter Medizin ganz besonders. Sie müssen nicht nur innerhalb der Belegschaft die verschiedensten Jahrgänge zu einem gut funktionierenden Team zusammenführen können. Diese Belegschaft muss auch fähig sein, mit Patienten der verschiedensten Generationen adäquat über fachliche, persönliche und zum Teil ethisch schwierige Situationen und Optionen zu diskutieren. Denn

nur gut informierte Patienten sind in der Lage, die notwendigen Entscheide zu fällen. Die sozialen und kommunikativen Kompetenzen über die Generationengrenzen hinweg sind in einer Gesundheitsversorgung, die bewusst das Individuum mit seinen spezifischen genetischen Voraussetzungen und seinen persönlichen und gesellschaftlichen Eigenheiten anspricht, daher eminent wichtig.

Personalisierung in der Prävention und Gesundheitsförderung

Die Entwicklung hin zu differenzierterer Information, die vermehrt auf den Einzelnen abgestimmt ist, prägt schliesslich auch die Gesundheitsförderung, der in Zukunft wachsende Bedeutung zukommen wird. Nicht nur wird die Möglichkeit einer verbesserten Früherkennung einzelner Krankheiten mittels nicht invasiver Tests bei den betroffenen Personen zu einer bewussteren Prävention führen. Auch die Gesundheitsförderung bei der allgemeinen Bevölkerung wird spezifischer auf die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen abgestimmt sein. Bereits heute nimmt bei Gesundheitsförderung Schweiz die Bedeutung breiter Kampagnen zur Sensibilisierung etwa für die Gefahren von Übergewicht mittels allgemeiner Werbekampagnen ab, auch wenn diese immer Teil des Angebots bleiben werden. Stattdessen fliesst ein grösserer Anteil der begrenzten Mittel in auf einzelne Zielgruppen fokussierte Aktionen wie etwa Gesundheitsförderung und insbesondere Stress-

management am Arbeitsplatz in interessierten Firmen. Mittels elektronischer Tools haben die einzelnen Arbeitnehmer da heute die Möglichkeit, anonym ihre Situation beurteilen zu lassen und entsprechende Ratschläge zu erhalten. Gleichzeitig lässt sich damit die Stresssituation in unterschiedlichen Betrieben vergleichen – die Arbeitgeber können die Situation ihrer Firma in Relation zu einem nationalen Benchmark setzen.

Das bleibt nicht ohne Wirkung, denn gerade in der Arbeitswelt sind immer mehr Unternehmen bereit, in Prävention zu investieren. Sie sehen positive Rückwirkungen auf das Unternehmen. Die Absenzen gehen zurück, Leistungsbereitschaft, Firmentreue und Produktivität nehmen zu. Aber auch in der Politik steigt das Bewusstsein, wie wichtig Prävention ist. Zudem verleiht der generelle Trend zu gesunder Ernährung und Wellness, zu Fitness und Schönheitspflege, der in den reichen Ländern zu beobachten ist, der Prävention Auftrieb. Bei grossen Bevölkerungsgruppen steigt damit das Interesse an vorsorglichen Massnahmen.

Dies ist zwar nicht die Folge einer Personalisierung der Medizin, diese kann die Prävention jedoch effizienter machen. Zu denken ist zum Beispiel an Internetangebote und Apps, die interessierten Personen, abgestimmt auf ihre individuelle Situation, Zugang zu Tipps und dem neuesten Wissensstand bieten. Wenn der Einzelne bei solchen Angeboten – bei



Thomas Mattig
Direktor, Gesundheitsförderung Schweiz/
Promotion Santé Suisse

Bedarf anonym – seine Gesundheitsdaten und Risikofaktoren eingibt, ermöglicht dies Präventionsspezialisten mit ihren Programmen, ihm massgeschneiderte Empfehlungen abzugeben.

Solche Dienste könnten gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen, die rapide zunehmen, eine besonders wichtige Rolle spielen. Hier ist die Tabuisierung durch die Gesellschaft noch immer sehr stark und die Schwelle daher hoch, einen Facharzt zu konsultieren, wenn jemand erste Anzeichen zu spüren beginnt oder Familiengeschichte und Genprofil auf ein erhöhtes Risiko hinweisen. Erfolge bei der Prävention psychischer Leiden würden auch volkswirtschaftlich ins Gewicht fallen. Über 52 Prozent aller Renten der Invalidenversicherung, die für Krankheiten ausbezahlt wurden, entfielen im Jahr 2010 auf psychisch Kranke; im Jahr 2001 waren es lediglich gut 42 Prozent gewesen, und dies bei einer um 15 Prozent geringeren Gesamtzahl aller kranken IV-Bezüger. Die Zahl von psychisch kranken Invaliden hat sich in diesen zehn Jahren damit weit überdurchschnittlich erhöht, nämlich um 44 Prozent oder gut 30 000 Personen.

«Social Media und neue Informationstechnologien wirken sich auch auf Gesundheitsförderung und Prävention aus. Der Trend geht von breit angelegten Kampagnen hin zu individuell zugeschnittenen Empfehlungen.»

Thomas Mattig

Die wichtigsten Punkte:

- *Managed-Care-Systeme entsprechen vorerst nur zum Teil den Forderungen einer modernen Personalisierten Medizin, da sie die Wahlmöglichkeit der Patienten auf den ersten Blick einschränken. Sie ermöglichen aber, Erfahrungen mit einer personalisierten, individuellen Begleitung des Patienten durch die medizinische Behandlungskette zu sammeln.*
- *Die Entwicklung einer Personalisierten Medizin wird durch die Informationsgesellschaft und die biologische Forschung vorangetrieben. Als ein Bedürfnis der Konsumenten wird sie «von unten» getrieben und daher nicht aufzuhalten sein. Die Ansprüche der Generation Y in Bezug auf Transparenz und ethisches Verhalten werden gesamtgesellschaftlich über soziale Medien wie Facebook und Twitter verstärkt und durch die Rückwirkung auf die älteren Generationen rasch immer relevanter.*
- *Es ist zentral, dass Datensysteme für IT-Gesundheitsdaten entwickelt werden, die dem Patienten als einzigem erlauben, den Zugriff auf die einzelnen Datenkategorien freizugeben. Dabei könnte eine Verschlüsselung der Daten, die einzig vom Patienten decodiert werden kann, eine wichtige Rolle spielen.*
- *Die Forschung ist auf gute Daten- und Biobanken angewiesen. Nur so kann sie die rasch wachsenden Kenntnisse in Genomik und Proteomik zum Wohl einzelner Patientengruppen einsetzen.*
- *Das heutige Gesundheitswesen ist noch nicht für eine konsequente Personalisierung der Medizin reif. Es braucht eine Revolution der Transparenz. Die neuen Vorschriften zur Rechnungslegung sind ein erster Schritt.*
- *Modellierungen werden ein wichtiges Instrument für die Entwicklung neuer Versicherungs- und Geschäftsmodelle sein, welche das Potenzial der Personalisierten Medizin ökonomisch umsetzen.*
- *In den Spitälern und Arztpraxen muss ein fundamentales Umdenken einsetzen, weg von der rein betriebswirtschaftlichen Optimierung der eigenen in Rechnung gestellten Dienste zur Optimierung der Behandlung aus Patientensicht. Die Rechte und Wünsche des Patienten müssen ernst genommen werden. Er ist es, der über seine Gesundheit und seine Gesundheitsdaten entscheidet. Er muss aber auch mehr Verantwortung übernehmen, auch für die ökonomischen Folgen.*
- *Gut ausgebildete Fachleute sind eine knappe Ressource. Teamfähigkeit und kommunikative Kompetenzen werden viel wichtiger. Ein modernes Personalmanagement wird entscheidend für den Erfolg der einzelnen Dienstleister sein.*
- *Die Personalisierte Medizin ermöglicht, die gesundheitliche Vorsorge des Einzelnen auf seine individuellen Risiken auszurichten. Damit bringt sie in der Früherkennung und der Gesundheitsförderung erhebliche Effizienzsteigerungen. Generell wird die Vorsorge auch aus finanziellen Erwägungen stark an Bedeutung gewinnen.*

Quellenverzeichnis

- ¹ Olmsted Teisberg, Elizabeth: Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Effingerhof, Brugg 2008
- ² Gesundheitsmonitor Interpharma zu Managed Care: <http://www.interpharma.ch/de/fakten-und-statistiken/gfs-gesundheitsmonitor/masern-impfung.asp>
- ³ <https://www.kaiserpermanente.org>
- ⁴ www.biobank-suisse.ch
- ⁵ Health Cast 2020. The customization of diagnosis, care and cure. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. 2010
- ⁶ <http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetcode=sha>
- ⁷ www.obsan.ch
- ⁸ Fokus Qualität – Qualitätsbericht 2010, Universitätsspital Zürich, 2011
- ⁹ Hélène Jaccard Ruedin, France Weaver, Maik Roth, Marcel Widmer: Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektive 2020, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2009
- ¹⁰ Obsan 4/2010, 1–4
- ¹¹ <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/fachkraeftemangel-stationaerer-und-ambulanter-bereich-bis-zum-jahr-2030.jhtml>
- ¹² In den PwC-Untersuchungen wird der Begriff Generation Y oder Millennials für jene jungen Menschen verwendet, die heute im Alter zwischen 18 und 30 Jahren sind.

Ihr Weg weiter

Wir begleiten Sie gerne.

Dr. Rodolfo Gerber

Partner, Leiter Gesundheitswesen
PwC Schweiz
+41 58 792 55 36
rodolfo.gerber@ch.pwc.com

Charles Donkor

Partner, Human Resources Services
+41 58 792 45 54
charles.donkor@ch.pwc.com

Dominik Hotz

Director, Advisory
+41 58 792 53 09
dominik.hotz@ch.pwc.com

Martin Frei

Partner, Financial Services Insurance
+41 58 792 53 89
martin.frei@ch.pwc.com

Max Neuhaus

Director, Gesundheitsberatung
+41 58 792 76 85
max.neuhaus@ch.pwc.com

Marc-André Giger

Director, Öffentlicher Sektor
+41 58 792 13 94
marc-andre.giger@ch.pwc.com

Axel Timm

Partner, Advisory
+41 58 792 27 22
axel.timm@ch.pwc.com

Arthur Henseler

Senior Manager, FS Insurance
+41 58 792 25 06
arthur.henseler@ch.pwc.com

