



9. Mai 2014

Versorgungsforschung: Eine gesundheitspolitische Einordnung

Referat von Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger am 1. Zürcher Forum vom 8./9. Mai 2014

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich freue mich, dass wir uns bei diesem 2-tägigen Forum mit Versorgungsforschung beschäftigen. Es ist das «1. Zürcher Forum» und das sagt auch schon einiges aus: Das Thema ist längst nicht ausgeschlachtet – im Gegenteil. Die Versorgungsforschung ist in der Schweiz ein Feld, auf dem es noch viel zu tun gibt.

Einige von Ihnen mögen sich wundern, dass ich als Zürcher Gesundheitsdirektor hier referiere und nicht die Bildungsdirektorin. Geht es doch um Forschung und damit um eine Domäne des Bildungswesens. Der Alltag lehrt uns aber, dass solche Domänen eben nicht hoheitlich besetzt, sondern die Übergänge fließend sind. «From bench to bedside» eben.

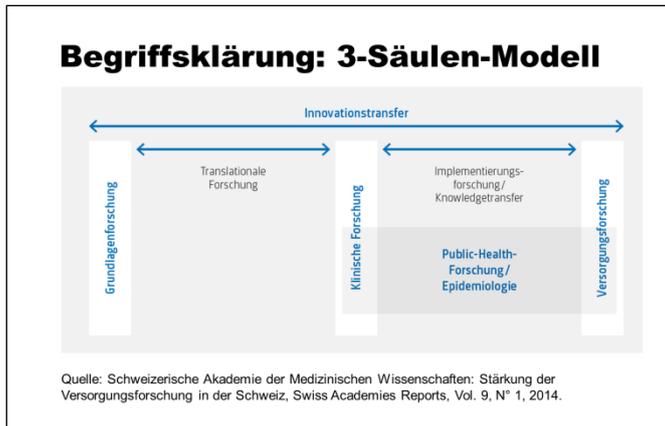
Meine Tätigkeit als Gesundheitsdirektor ist stark geprägt von der Nähe zwischen Gesundheits- und Bildungswesen. Ich denke an die kantonalzürcherische Strategie für die hochspezialisierte Medizin und ich denke an das Projekt «Universitäre Medizin» von Bildungsdirektorin Regine Aepli und mir. Ich denke aber auch an das grosse Thema der Kosten für Lehre und Forschung an Universitätsspitalern; ein scheinbar «Gordischer Knoten» in der Spitalfinanzierung.

Kurz: Forschung – und auch Lehre – beschäftigen uns im Gesundheitswesen und sie sind unabdingbar für das Gesundheitswesen. Sie stellen uns die zwei wichtigsten Ressourcen für eine hochwertige Gesundheitsversorgung bereit: Aktuelles, ständig weiterentwickeltes Knowhow und qualifiziertes Personal.

Vor diesem Hintergrund können Sie mein Engagement hier als Referent und die finanzielle Unterstützung der Gesundheitsdirektion für dieses Forum als Ausdruck eines grossen Interesses an der Versorgungsforschung sehen. Und als echtes Bedürfnis nach aussagekräftigen Ergebnissen aus diesen Aktivitäten.

Ich weiss nicht, mit welchen Erwartungen und welcher Vorstellung von Versorgungsforschung Sie, verehrte Damen und Herren, sich zu diesem Forum angemeldet haben. Also sollen wenigstens Sie wissen, was ich meine, wenn ich von Versorgungsforschung spreche: Mir sind dazu drei Bilder bekannt.

Erstens wird die Versorgungsforschung als die «dritte Säule» in der Forschungslandschaft von Medizin und Gesundheitswesen bezeichnet. Neben den beiden Säulen «Grundlagenforschung» und «klinische Forschung». So stellt es die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in ihrem Konzept «Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz» dar.



Zweitens: Anstelle von Säulen wird auch von Stufen gesprochen, wobei die Versorgungsforschung die «letzte Stufe» des medizinischen Innovationstransfers darstellt. Im gleichen Sinn wird die Versorgungsforschung drittens auch als die «letzte Meile» auf dem Weg der biomedizinischen Grundlagenforschung über die translationale und klinische Forschung bis in die Praxis der Patientenversorgung bezeichnet. Soweit die erste Einordnung des Forschungsgebietes.

Nun zum Forschungsgegenstand: Gemäss der von der deutschen Bundesärztekammer erarbeiteten Definition ist Versorgungsforschung die «wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen».

Im Zentrum der Versorgungsforschung steht also nicht nur der einzelne Patient und die Optimierung seiner Betreuung und Behandlung, die Mikroebene. Versorgungsforschung zielt auch auf ganze Patientengruppen – wenn es beispielsweise um die Behandlung chronischer Krankheitsbilder geht – und auf die Bevölkerung als Ganzes. Also die Makroebene, das gesamte Versorgungssystem.

Ich bleibe vorerst auf dieser Makroebene: Für mich als Politiker ist das Wohlergehen der Bevölkerung und dazu auch eine wirksame, für alle zugängliche Gesundheitsversorgung politischer Auftrag. Bundesverfassung und Bundesgesetze weisen den Kantonen eine zentrale Rolle in der Steuerung und Finanzierung des Systems zu. Auch die Zürcher Kantonsverfassung hält in Artikel 113 fest, dass der Kanton zusammen mit den Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung zu sorgen hat und dass er die Gesundheitsvorsorge fördern soll.

Diese Rolle der Kantone wird zwar durch das Krankenversicherungsgesetz sektoriell wieder begrenzt: durch die Limitierung der kantonalen Pflichten auf die Steuerung und Finanzierung der stationären Versorgung. Und doch versteht es sich von selbst, dass die Versorgung der Bevölkerung nicht rein sektoriell betrachtet werden kann. Die Akteure müssen ihre Handlungen aufeinander abstimmen – bei der eigentlichen Versorgung genauso wie bei der zugehörigen Forschung.

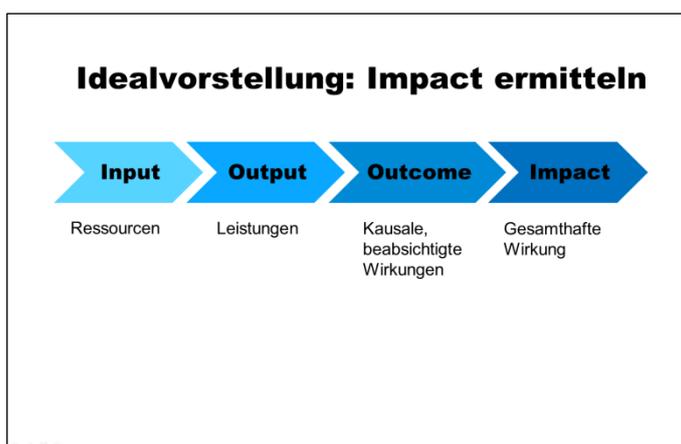
Damit komme ich zu einem ersten grundlegenden Anspruch an die Versorgungsforschung: Es braucht eine Abstimmung, eine Koordination. Denn ich bin überzeugt: Das «Rohmaterial» für die Forschung – Daten – ist in unserem System vorhanden. Die Versicherer, sie erheben immense Datenmengen. Auch Pharma, Spitäler, Ärzteschaft – sie alle führen Messungen durch, sammeln und dokumentieren. Bloss: Mit welchem Interesse? Steht das eigene oder ein Gesamtinteresse im Vordergrund? Geht es um Optimierung einzelner Leistungen, um die Verbesserung des Gesamtsystems – oder nur um den eigenen Gewinn?

Die Datenerhebung ist nur die eine Sache – deren Auswertung unter dem Aspekt des Gesamtinteresses ist eine ganz andere. Im Kanton Zürich haben wir vor kurzem einen für mich wichtigen Schritt in diesem Gesamtinteresse getan: Wir erheben seit Jahren zahlreiche Daten aus der stationären Spitalversorgung. Wir haben diese Daten auch seit Jahren publiziert – aber in erster Linie für Fachleute, unbearbeitet. Damit waren sie für eine breite Öffentlichkeit wenig hilfreich. Ende 2013 haben wir erstmals einen grossen «Gesundheitsversorgungsbericht» publiziert, in dem Daten aufbereitet sind, in dem Vergleiche angestellt und Entwicklungen aufgezeigt werden. Transparenz und damit Nutzen für die Bevölkerung, das war das Ziel dieses Berichts.

Selbstverständlich haben wir damit noch keinen «Versorgungsforschungsbericht» publiziert, der den Kriterien der Wissenschaft standhält. Aber der Bericht ist meines Erachtens ein Schritt in die Richtung, in der es mit der Versorgungsforschung in der Schweiz gehen sollte: Eine gezielte Auswertung der vorhandenen Daten. Ich bin überzeugt, dass wir viel Rohmaterial zur Verfügung hätten, dass wir dieses gemeinsam und sektorenübergreifend nutzen könnten – und damit schon einiges getan wäre.

Ich gehe noch weiter: Die Versorgung kann meines Erachtens nicht rein medizinisch betrachtet werden. Die relevanten Fragen betreffen oft auch soziale Aspekte, etwa bei psychischen Leiden oder chronischen somatischen Erkrankungen. Damit wird das Feld noch grösser. Und damit wächst die Herausforderung, wenn wir uns ganz einfach fragen: Was genau wollen wir untersuchen?

Ich meine: Die Versorgungsforschung muss idealerweise möglichst alle auftretenden Wirkungen berücksichtigen.





Das heisst mit den Worten aus dem New Public Management: Für die Beurteilung der Güte eines Versorgungssystems ist nicht der zahlen- und leistungsmässige Output relevant. Es geht auch nicht nur um das Outcome, also jene Wirkungen, die direkt auf die Intervention zurückzuführen sind. Sondern es geht um alle beabsichtigten, aber auch um alle nichtintendierten Wirkungen: den Impact. Diese tatsächliche, gesamthafte Wirkung sollte durch wissenschaftliche Untersuchungen evident gemacht werden. Von der Mikroebene der Patientenbehandlung bis zur Makroebene des gesamten Versorgungssystems.

In meinen sieben Jahren als Zürcher Gesundheitsdirektor war ich immer wieder damit konfrontiert, dass für die Wirkung bestimmter systemischer Gegebenheiten oder Eingriffe in das System wenig bis gar keine wissenschaftliche Evidenz vorhanden ist.

Es war und ist unklar, ob gezielte Steuerungsmassnahmen die Wirkung für den Einzelnen und/oder für die Bevölkerung als Ganzes tatsächlich verbessern. Ich denke

- an Benchmarking unter den Spitälern und andere «Anreize» für effizientes Arbeiten
- an Zuteilung oder Entzug von Leistungsaufträgen im Rahmen der KVG-Spittallisten
- an generelle Anforderungen für Listenspitäler, z.B. Vorweisen eines Qualitätssicherungs- und Hygienekonzepts
- an leistungsspezifische Vorgaben, z.B. bezüglich der Qualifikation des Personals oder bezüglich Infrastruktur

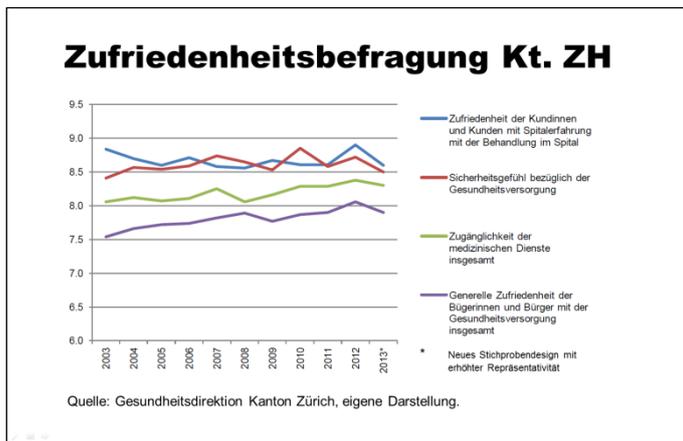
Ich könnte die Aufzählung lange fortsetzen. Bei all dem würde mich natürlich brennend interessieren, welche Wirkungen diese Steuerungseingriffe tatsächlich haben. Die Impact-Frage. Der Kanton Zürich geniesst mit seiner gezielten Steuerung mittels Spitalplanung schweizweit eine hohe Akzeptanz. Fachleute loben das Vorgehen als transparent und fair, zahlreiche Kantone haben die Spitalplanung von uns übernommen. Aber was ist die tatsächliche Wirkung? Wir tappen im Dunkeln.

Die medizinbezogene Forschung an den Hochschulen fokussiert meines Erachtens zu sehr auf einzelne Leistungen im Sinne von Medizinalprodukten oder spezifischen Therapien. Viel zu wenig werden gesamtheitliche, prozess- und systembezogene Aspekte der Patientenversorgung untersucht.

Ein anderes Beispiel: Als liberaler Politiker appelliere ich oft an die Eigenverantwortung der Bürger und der Patienten. Welche Rolle spielt diese? Führen unsere Bemühungen in der Gesundheitsförderung zu mehr Eigenverantwortung? Und wenn ja: Bewirkt diese tatsächlich etwas beim Einzelnen und auch im Gesamtsystem?

Experten meinen: Ja. Aufgeklärte und eigenverantwortliche Patienten werden schneller gesund, nehmen weniger Medikamente ein und leiden weniger häufig an Komorbiditäten. Und dennoch: Fundierte Erkenntnisse dazu gibt es kaum. Jedenfalls nicht hier bei uns in der Schweiz.

Meine Damen und Herren, es wird Sie wahrscheinlich nicht wundern, wenn ich Ihnen sage: Für die Wirkungsmessung unserer Aktivitäten und Steuerungseingriffe müssen wir uns bislang mit ganz einfachen Behelfen begnügen. Etwa mit unserer jährlich durchgeführten repräsentativen Umfrage zur Zufriedenheit der Zürcher Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung.



Es wird Sie wahrscheinlich auch nicht verwundern, dass diese Umfragen der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich bisher stets ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt haben. Ich sage das nicht nur deshalb, weil ich von der hochstehenden Qualität des Zürcher Versorgungssystems überzeugt bin, sondern weil die Zufriedenheit in der Bevölkerung schweizweit grundsätzlich sehr hoch zu sein scheint. Und weil eine derartige Erhebung letztlich – ich sage das ganz offen – wohl zu wenig differenziert ist, um auch Aufschluss über allfällige Lücken und Mängel im Versorgungssystem zu geben.

Aus der Optik der Gesundheitspolitik und der Rolle der Kantone besteht aber ein dringender Bedarf nach solchen Informationen. Wir müssen Steuerungsentscheide vermehrt auf die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen abstützen können. Es geht dabei auch um die Rechtfertigung dieser Eingriffe. Sie stellen für die Betroffenen einen gewichtigen Eingriff in verfassungsmässige Rechte, vorab in die Wirtschaftsfreiheit dar; ein Grundpfeiler unserer freiheitlichen Wirtschaftsordnung.

Ein konkretes Beispiel dazu sind die Mindestfallzahlen. Wir benötigen dringend valide Belege für den Nutzen von Mindestfallzahlen bei der Vergabe von Leistungsaufträgen im Rahmen der Spitalplanung. Denn was die Bundesgesetzgebung verlangt (namentlich Art. 58b KVV), was viele Experten gerne behaupten und was auch der gesunde Menschenverstand sagt, dass sich über Mindestfallzahlen sowohl die Qualität der Behandlungen verbessern als auch die Kosten reduzieren, ist nicht zwingend wahr.

Ich fand es ernüchternd, im Rahmen der Erarbeitung der Spitalliste zu sehen, wie wenige fundierte Studien zu diesem Thema vorhanden sind. Entsprechend vorsichtig haben wir uns vor rund zwei Jahren an dieses Steuerungsinstrument herangewagt und die Mindestfallzahl-Vorgaben der Zürcher Spitalliste auf sehr wenige, sehr spezialisierte Behandlungen beschränkt. Zudem haben wir die Schwellenwerte konservativ – das heisst tief – angesetzt (30 Leistungsgruppen: 10 Fälle/Spital; höhere Mindestfallzahlen in 3 Leistungsgruppen).

Wie grundsätzlich schwierig sich der Umgang mit dem Thema «Versorgungsforschung» gestaltet, habe ich auch am Beispiel der Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen für die Abgeltung der stationären Spitalleistungen erlebt. Kaum eine gesundheitspolitische Massnahme der letzten 20 Jahre wurde ähnlich hitzig und kontrovers diskutiert wie die Fallpauschalen.



Tatsächlich ist das Fallpauschalensystem wohl eine Reise ohne Wiederkehr, es ist unwahrscheinlich, dass wir in absehbarer Zeit zu Tagespauschalen oder sogar zur Einzelleistungsabrechnung zurückkehren. Dennoch war der Wunsch bei den Betroffenen angesichts der Dimension des Systemwechsels gross, diesen zu monitorisieren. Wenn ich heute schaue, was effektiv im Sinne einer rechtzeitig vor der Umstellung einsetzenden, bereichsübergreifend koordinierten und systematischen Begleitforschung in die Wege geleitet wurde, muss ich als Präsident der SwissDRG AG selbstkritisch sagen: Da wird zu spät zu wenig gemacht.

Als Entschuldigung liesse sich anführen, dass die Schweiz bei weitem nicht das erste Land war, das Fallpauschalen einführt und dass deshalb die Auswirkungen absehbar waren. Und dass auch in der Schweiz Fallpauschalen vor 2012 etabliert waren; bei uns im Kanton Zürich beispielsweise für das Kostenbenchmarking der staatlichen und staatsbeitragsberechtigten Spitäler.

Beides stimmt, beidem fehlt es aber an der gewünschten Evidenz. Und doch muss die Politik – Bund und Kantone – auch bei mangelnder Evidenz solche Schritte wagen, um die Verantwortung für eine qualitativ gute und zugleich finanziell tragbare Gesundheitsversorgung langfristig wahrzunehmen. Dabei bewegen wir uns vorwiegend auf der Makroebene des Versorgungssystems. Es stehen Fragen im Vordergrund wie:

- benötigte Leistungsmengen,
- Unter- und Überversorgung,
- bessere Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- und in diesem Zusammenhang auch der Preis- und Tarifgestaltung.

Exzessen einer allzu kostenorientierten Leistungserbringung wird versucht, über Qualitätssicherungsmassnahmen wie national standardisierte Ergebnisqualitätsmessungen zu begegnen. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich engagiert sich dabei auch über den eigenen Tellerrand hinaus und stellt Mittel zur Verbesserung der Strukturen auch ausserhalb der stationären Spitalversorgung zur Verfügung. Sie orientiert sich wenn immer möglich an den Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die drei Kriterien, die das KVG in Artikel 32 postuliert.

WZW-Kriterien

Art. 32 KVG

¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25-31 müssen **wirksam, zweckmässig** und **wirtschaftlich** sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.



Dies hat beispielsweise zur Gründung des heutigen Swiss Medical Board geführt. Das ist die erste und bisher einzige HTA-Institution in der Schweiz, die wissenschaftlich fundierte Analysen zum Nutzen von zugelassenen Therapien durchführt und dazu Empfehlungen publiziert.

Mit dem Medical Board hat die Zürcher Gesundheitsdirektion ihren verfassungsmässigen Auftrag zweifellos «offensiv» ausgelegt. Dabei ist die Idee – entschuldigen Sie die saloppe Sprache – nicht auf unserem Mist gewachsen, sie wurde an uns herangetragen: Von Spitalverantwortlichen, die sich mit Forderungen ihrer Ärzteschaft nach sofortiger Implementation der neusten, von den Behörden zugelassenen medizinischen Technologien konfrontiert sahen und denen dazu keine Kosten-Nutzen-Analysen zur Verfügung standen.

Wir wurden für unsere Initiative hart kritisiert: Von der Politik, die unsere kantonale Legitimation hinterfragte. Von der Industrie, die es nicht immer begrüsst, wenn Fragen der Effektivität von Medizinprodukten gestellt werden. Von der Ärzteschaft, wenn die Berichte etablierte Therapien hinterfragten.

Genau das ist aber ein wichtiger Aspekt: dass auch Etabliertes hinterfragt wird. Die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen, kurz ELGK, berät den Bundesrat zwar insofern, als sie Leistungen gemäss WZW-Kriterien prüft und zur Aufnahme in den Leistungskatalog empfiehlt. Das gilt auch bei der Frage, in welchem Umfang die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer neuen oder umstrittenen Leistung übernimmt, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit noch in Abklärung ist.

Was hingegen fehlt, ist die regelmässige und systematische Überprüfung einmal anerkannter Leistungen. Dabei müsste eigentlich bei jeder Neuaufnahme einer Leistung systematisch überprüft werden, ob und welche der bisherigen Leistungen wegfallen können bzw. wegfallen müssen. Diese Lücke kann mit HTA gefüllt werden.

Bei aller Kritik am Medical Board: Seine Arbeiten haben bis heute auf jeden Fall etwas ganz klar bewirkt: Dass die Diskussion über etablierte Behandlungen in breiten Gang gekommen ist. Dass wir uns auch in der Schweiz mit HTA – als eine spezifische Form von Versorgungsforschung –, auseinandersetzen. Dass wir über den Vergleich verschiedener Behandlungsformen für bestimmte medizinische Probleme und über die Messgrössen, mit denen das Kosten-Nutzen-Verhältnis beurteilt wird, diskutieren. Sektorenübergreifend, aus medizinischer, ethischer, rechtlicher und wirtschaftlicher Sicht.

Dasselbe Commitment für das grössere Ganze und die sektorenübergreifende Perspektive leitet auch unsere Beteiligung am Projekt «QualiCCare» zur Verbesserung der Versorgung von Chronischkranken. Auch das ist keine eigene «Erfindung», aber eine Initiative, deren Sinn und Nutzen uns sofort ins Auge gesprungen sind. Die Gesundheitsdirektion beteiligt sich deshalb seit Beginn des Projektes sowohl über finanzielle Beiträge an die übergeordnete Begleitforschung, als auch über ein gemeinsam mit dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich durchgeführtes Pilotprojekt zur Optimierung der COPD-Versorgung im Kanton Zürich.



Das Commitment für die Vernetzung unter den Akteuren ist auch bestimmend für unsere Aktivitäten bei der Umsetzung der Nationalen eHealth- und der Demenzstrategie im Kanton Zürich, indem wir entsprechende Foren schaffen und personelle und finanzielle Ressourcen bereitstellen.

Initiativen und Unterstützung

Pilotprojekt Medical Board

Erste etablierte HTA-Institution in der Schweiz, heute mit nationaler Trägerschaft (Swiss Medical Board)

Pilotprojekt QualiCCare

Mitfinanzierung des Pilotprojekts zur Optimierung der integrierten COPD-Versorgung im Kanton Zürich

Nationale eHealth- und Demenzstrategie

Vernetzung der Akteure und Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen

All das sind Aktivitäten, die ich unter dem grossen Dach der Versorgungsforschung zumindest erwähnen will. Dass es sich dabei nicht immer um Forschungsarbeit handelt, die wissenschaftliche Standards erfüllt, dessen bin ich mir bewusst.

Ich bin mir aber auch bewusst, dass Versorgungsforschung immer von einem gewissen Interpretationsspielraum begleitet ist. Es geht um Feldforschung. Um Forschen unter komplexen Alltagsbedingungen. Genau darin liegt eine weitere grosse Herausforderung: Versorgungsforschung findet nicht im sterilen Labor statt, wo die Zahl der systembeeinflussenden Variablen auf ein Minimum beschränkt werden kann. Versorgungsforschung geschieht immer im medizinischen Alltag. Sie ist zwangsläufig eine Forschung am lebenden, sich regenden und sich auch permanent verändernden System. Die Anzahl gleichzeitig einwirkender Faktoren ist unüberschaubar. Bei der Beurteilung der Daten stellt sich deshalb stets die Frage, welche anderen als die relevanten Faktoren die Ergebnisse auch beeinflusst haben könnten.

Die Versorgungsforschung wird uns deshalb nie vollständig Antwort auf alle unsere Fragen zur Gesundheitsversorgung geben können. Mir persönlich ist es aber lieber, mit unvollständigen Aussagen und mit Näherungen zu operieren, statt ohne Nutzenorientierung – und dadurch letztlich willkürlich – zu agieren.

Vor diesem Hintergrund begrüsse ich es sehr, dass das Bundesamt für Gesundheit die SAMW, die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, beauftragt hat, ein Konzept zur Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz zu erstellen. Dieser Auftrag wurde, wie der Direktor des BAG, Herr Pascal Strupler, gestern aufgezeigt hat, abgestützt auf die Agenda «Gesundheit2020» des Bundesrats erteilt. Darin ist die Versorgungsqualität – und damit auch deren Erforschung – als eines von vier zentralen Handlungsfeldern identifiziert.

Das Konzept der SAMW enthält viele überzeugende Argumente für die Versorgungsforschung und wichtige Empfehlungen dazu. Der überwiegende Teil der Empfehlungen



richtet sich an die Akteure auf nationaler Ebene – den Bundesrat, die Bundesverwaltung und das Bundesparlament. Auch an die Krankenversicherer; etwa zur Verbesserung der Datenlage. Weitere Empfehlungen zielen auf die Bildungseinrichtungen und ihre Finanzierer, zum Beispiel jene zur Förderung der Aus- und Weiterbildung und zur stärkeren Koordination unter den Forschungsinstituten.

All das sind wichtige Aussagen, all das macht deutlich, was die Versorgungsforschung insbesondere braucht und was sie stark macht: Ein Zusammenwirken aller, eine Koordination über alle Sektoren hinweg. Und auf allen Ebenen: von der Mikroebene der individuellen patientenbezogenen Leistungserbringung über die Mesoebene der Versorgungsinstitutionen bis zur Makroebene des Gesamtsystems und seiner gesundheitspolitischen Steuerung.

Folglich richten sich auch die Forschungsergebnisse an Akteure auf allen drei Ebenen: an Grundversorger und Spitalärzte, an Pflegefachpersonen, an Spitäler und Kliniken, Reha- und Langzeiteinrichtungen, Spitexdienste, HMOs, Sozialdienste; an die Versicherer; an die Verwaltungen der Gemeinden, der Kantone und des Bundes und an die Politik.

Alle diese Akteure müssten eigentlich ein grosses Interesse an den Erkenntnissen der Versorgungsforschung haben – zumindest, wenn ihnen das Wohlergehen der Menschen in unserem Land und ihre bestmögliche, das heisst effizienteste und effektivste Gesundheitsversorgung ein Anliegen ist. Woran aber liegt es dann, dass die Schweiz nach übereinstimmender Meinung in diesem Forschungsgebiet anderen westlichen Ländern um Jahre, vielleicht sogar Jahrzehnte hinterherhinkt?

Wahrscheinlich ist die alltägliche Versorgung für manche Forscher weniger attraktiv, weniger glamourös als andere Forschungsbereiche der Gesundheitsversorgung. Noch gibt es keinen Nobelpreis für Versorgungsforschung. Kommt hinzu, dass die Ergebnisse der Versorgungsforschung oft nicht so eindeutig sind, wie wir es uns erhoffen, weil sie eben unter realen, «multifaktoriellen» Bedingungen erarbeitet wurden. Das macht sie anfechtbar.

Die Versorgungsforschung ist auch unbequem, weil sie die Sinnhaftigkeit bestehender Handlungsmuster in der Leistungserbringung konsequent hinterfragt. Aus der Optik der Leistungserbringung braucht es eine gewisse Selbstlosigkeit im Umgang mit den Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung, denn im Vordergrund sollte nicht stehen, was ein Leistungserbringer am besten kann, sondern was dem Patienten am meisten nützt – dies kann auch einen Verzicht auf medizinische Massnahmen bedeuten.

Meine Damen und Herren, ich habe es eingangs bereits gesagt: Für mich ist das Wohlergehen der Bevölkerung und dazu eine wirksame, für alle zugängliche Gesundheitsversorgung politischer Auftrag. Es ist aber auch ein persönliches Anliegen. Ich engagiere mich als liberaler Politiker mit Herzblut dafür, dass wir eine qualitativ gute und finanziell tragbare Gesundheitsversorgung gewährleisten können. Die Akteure, die dazu beitragen, sind zahlreich. Die Faktoren, die darauf einwirken, sind vielfältig. Das fordert heraus. Für mich persönlich, in der Rolle des politischen Entscheidungsträgers, kommt ein gewichtiger Aspekt hinzu: Unsere Entscheide werden oft unter starkem öffentlichen Druck gefällt.



Ich greife dazu ein junges Beispiel auf, das im April in den Medien hohe Wellen geschlagen hat: Der sogenannte «Tamiflu-Skandal». Die Cochrane-Analyse der Rohdaten aus zahlreichen internen Tamiflu-Studien hat gezeigt, dass die Wirksamkeit des Grippemittels geringer ist, als uns der Hersteller glauben machte. Und dass die Risiken unterschätzt wurden. Cochrane spricht von einem «Multisystemversagen». Das mag stimmen. Die einen haben vielleicht – mit Blick auf finanziellen Gewinn – bewusst «versagt» und über klare Ergebnisse hinweg geschaut.

Andere – und damit denke ich zum Beispiel an die Politik – hatten in dieser Situation vielleicht keine Wahl. Weil wir immer auch die Verantwortung tragen, für das, was wir nicht tun. Ein Verzicht auf den Tamiflu-Kauf hätte wohl auch zu einem «Tamiflu-Skandal» geführt. Einfach zu einem früheren Zeitpunkt mit anderer Kritik. Was hilft?

Was braucht es?

Impact-Orientierung

Tatsächliche, gesamthafte Wirkung erfassen und auch Etabliertes hinterfragen

Transparenz

Daten nicht nur erheben, sondern zugänglich machen und vergleichen

Gemeinsamer Wille

Die «letzte Meile» auf dem langen Weg der medizinischen Forschung ist besonders steinig, sie zu begehen, fordert alle heraus

Mehr Transparenz. Das ist die Antwort, die jetzt in aller Munde ist. Was mit den Tamiflu-Daten geschehen ist, darf nicht sein: Dass sie so lange unter Verschluss gehalten werden. Und was für Tamiflu gilt, das gilt letztlich für das gesamte System. Wir brauchen Transparenz. Diese schaffen wir mit Daten. Und mit deren sorgfältigen Auswertung. In allen Forschungsbereichen: From bench to bedside. Von der Grundlagenforschung bis zur «letzten Meile» der Versorgungsforschung.

Jedes Gebiet hat seine Eigenheiten, seine Herausforderungen, seine Tücken. Zu jenen der Versorgungsforschung habe ich mich nun geäußert: Sie ist steinig, diese «letzte Meile» der medizinischen Forschung. Deshalb fordert sie uns alle heraus. Ich freue mich auf eine angeregte Diskussion mit Ihnen und auf spannende Beiträge an diesem Forum. Vielen Dank, dass Sie sich mit dem Thema auseinandersetzen. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.