

Podiumsdiskussion am 27. September 2005 in Bern

Discussion le 27 septembre 2005 à Berne

**„Spitzenmedizin im Spannungsfeld von
Föderalismus, Standortinteressen,
Innovation/Forschung und Wettbewerb“**

***„La médecine hautement spécialisée – au
centre d’un débat dont le fédéralisme, les
intérêts de localisation, l’innovation, la
recherche et la concurrence sont les enjeux“***



Einführung

Dr. Carlo Conti

Vorsteher des Gesundheitsdepartements
Basel-Stadt



Ausgangslage

- Die IVKKM ist (vorerst) gescheitert > „Veto“ des Kantons ZH.
- Der Kanton Zürich beharrt auf der Konzentration der Spitzenmedizin an zwei Zentren.
- Für die GDK und die anderen Universitätskantone ist die Netzwerk-Strategie die eindeutig bessere Lösung.
- Wir sind in einer Patt-Situation, die Zeit, Geld und Ansehen kostet, aber nichts bringt.



Die Position des Zürcher Regierungsrates

- **Zwei-Zentren-Modell** (Zürich, Romandie) ist ökonomischer und wichtig für die Positionierung im international verschärften Konkurrenzkampf.
- Kriterien für Entscheidungsfindung: **fachliche Qualität** und **Unabhängigkeit** der (auch ausländischen) Experten > neues Gutachten.
- Zusammensetzung des Entscheidungsgremiums auf interkantonalen Ebene nach **Stimmgewichtung**.
- Einbezug **Bund** mit direkter Stimmbeteiligung in die interkantonale Vereinbarung.



Die Netzwerk-Strategie von GDK/ der Universitätskantone ohne ZH

- **Föderaler Lösungsweg**
- Konzentration **und** Koordination unter Berücksichtigung der Stärken und „Schwächen“ der verschiedenen Standorte analog der Netzwerk-Strategie in der Lehre und Forschung (AG Kleiber)
- **Kompetenzzentren**
- **Streng fachliche Bewertung** der spitzenmedizinischen Fachgebiete unter Beizug von Fachgesellschaften, unabhängigen und internationalen Experten
- **Kriterienkatalog (Art. 3 IVKKM)**
 - Qualität
 - Wirtschaftlichkeit & Wirksamkeit
 - Nutzen
 - Technologisch-ökonomische Lebensdauer
 - Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals
 - Relevanz des Bezugs zu Forschung und Lehre
 - Finanzierbarkeit



Beispiel Transplantationsmedizin

Schlussbericht «Groupe des 15» (26.11.2004)

	Herz	Leber	Lunge	Niere	Pankreas/ -inseln
Basel	Aktiv	Verzicht	Verzicht	Aktiv*	Verzicht
Bern	Aktiv	Aktiv	Verzicht	Aktiv	Verzicht
St. Gallen	Verzicht	Verzicht	Verzicht	Aktiv	Verzicht
Zürich	Stopp ab IVKKM	Aktiv*	Aktiv*	Aktiv	Aktiv
Lausanne	Aktiv*	Stopp	Aktiv	Aktiv	Verzicht
	↑	↓	↑		
Genf	Stopp	Aktiv	Stopp	Aktiv	Aktiv*



Fünf potentielle Lösungsvarianten

1. Der Kanton Zürich kommt auf seinen Entscheid zurück und ratifiziert die IVKKM.
2. Die GDK übernimmt die 2-Zentren-Strategie.
3. Die GDK erarbeitet eine neue IVKKM ohne Vetorecht der Universitätskantone.
4. Die GDK sucht zusammen mit dem Bund nach einer neuen Lösung.
5. Die Universitätskantone finden zusammen mit dem Bund eine Lösung.



Warum die **Netzwerk-Strategie** dabei **die Beste** ist, wollen wir im Folgenden zeigen:

- aus Sicht von Lehre und Forschung
- aus Sicht der Versorgung
- aus Sicht von Innovation und Standortinteressen



Evaluation von Lehre und Forschung für eine evolutive Netzwerk-Strategie

Prof. Peter M. Suter

Präsident der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und
Vizekanzler Forschung der Universität Genf



Spitzenmedizin = Resultat von «Technology transfer» von der Forschung in die Praxis

- **Spitzenmedizin =** qualitativ hochstehende Medizin mit speziellen Techniken (?), verlangt spezifische Fähigkeiten, Ausbildung, Infrastrukturen
- **Spitzenforschung =** neu, wichtig, hoher Impact
- **Spitzenlehre =** pädagogisch modern, vermittelt Kenntnisse von heute, auf Bedürfnisse von morgen ausgerichtet, bereitet auf life-long learning vor

Zentrale Frage: wer definiert und evaluiert das?



Spitzenmedizin -

- Betrifft nicht nur Patientenpflege + - Qualität
- Ist ein wichtiger Teil der Hochschulmedizin, aber kein Schweizer Unispital ist überall Spitze
Beispiele: Herzchirurgie für komplexe Probleme, Lebertransplantationen, Organtransplantation bei Kindern, etc.
- Interaktionen mit Forschung und Lehre sind wichtig



Spitzenmedizin in der Schweiz

Ist realisiert

An den **5 Universitätsspitälern**, für «High Tech»
und andere «State of the art»-Behandlungen

Für die **gesamte Bevölkerung**, für den Zugang zu
effizienten medizinischen Dienstleistungen und
guten Überlebenschancen nach wichtigen
Erkrankungen



Spitzenmedizin – die Schweiz ist anders

- Dichtes Netzwerk von kleineren + grösseren Städten
- Kleine Distanzen überall hin
- Viele kompetente kleinere und grössere Spitäler
- Sehr hohes Niveau der Gesundheitsversorgung im allgemeinen
- Keine Diskriminierung des sozial schwächeren bezüglich Qualität der Gesundheitsversorgung (Studie Profs. Antille + Flückiger, Genf)



*Bestätigt durch internationale
Experten – evidence based und
peer reviewed*



Verlorene Jahre bei Diabetes, Herzinfarkt und Krebsleiden, Kindersterblichkeit, Lebenserwartung - 4 westliche Länder

Table 8. Potential Years of Life Lost to Diabetes and Myocardial Infarction, Life Expectancy, and Infant and Maternal Mortality—Canada, Switzerland, United Kingdom, and Germany^{48,67}

	Canada	Switzerland	United Kingdom	Germany
Potential years of life lost per 100 000 population aged <70 y, 1997				
All causes	3803.3	3619.3	3951.5	4164.4
Diabetes	50.8	27.7	28.9	42.9
Acute myocardial infarction	184.9	122.6	248.4	239.5
Malignant neoplasm of colon	76.0	63.0	79.5	90.6
Malignant neoplasm of breast (among women only)	211.2	202.7	262.6	231.6
Malignant neoplasm of prostate (among men only)	27.0	25.7	28.9	27.9
Infant mortality per 1000 live births, 1999	5.3	4.6	5.8	4.5
Maternal mortality per 100 000 live births, 1998	3.8	3.8	7.0	5.6
Life expectancy, y				
Total population at birth, 1999	79.0	79.7	77.4	77.7
Disability-adjusted total population at birth, 1997/1999	72.0	72.5	71.7	70.4
Men at age 65 y, 1997	16.3	16.5	15.1	15.2



Herzlinger RE & Parsa-Parsi R. JAMA 2004; 292: 1213-20.

Problem-rating, Spitalpflege, 1998-2000:

Schweizer Patienten sind zufriedener

Table 6. Dimension Scores—Problem Ratings Reported by Patients on Specific Aspects of Hospital Care, 1998-2000⁵⁹

Dimensions of Care*	Switzerland	United States	Germany	Sweden	United Kingdom
Information and education	16.7	25.2	20.4	23.4	28.7
Coordination of care	13.1	21.7	17.2	...	21.9
Physical comfort	2.6	10.1	6.7	4.0	8.3
Emotional support	14.7	26.8	21.9	26.0	27.1
Respect for patient preferences	15.6	19.9	17.9	21.2	30.7
Involvement of family and friends	11.5	19.3	16.6	14.6	27.5
Continuity and transition	30.0	28.4	40.6	40.2	45.1

Abbreviation: Ellipses indicate not included in Swedish surveys.

*Each dimension is scored from 0 (no reported problems) to 100 (all items coded as a problem).



Herzlinger RE & Parsa-Parsi R. JAMA 2004; 292: 1213-20.

Netzwerke funktionieren in der Spitzenmedizin Schweiz, z.B.

- Intensivmedizin für Neu- und Frühgeborene: zentrale Organisation und Zuteilung von freien Betten bei Bedarf
- Schwere Verbrennungen (→ Zürich, Lausanne)
- Genève-Lausanne (transplantations, p.e.)
- Auch grenzüberschreitend – Genève/Savoie, z.B. für schwere Verletzungen, Neurochirurgie, etc.



Spitzenlehre – Qualität und Quantität

Welches ist die «ideale» Grösse einer Medizinischen Fakultät?

Beispiel USA: 126 medical schools, mean number of students per year: 125

Beispiel England: 4 new medical schools opened after 2003: 110 – 160 students/year

Schweiz: 120–130 Stud./Jahr in Basel, Bern, Genf, Lausanne
– 200 in Zürich

Refs: JAMA 2005, 294:1119-28

Crow, BMJ 2004, 329: 327-32



Eine kleinere Fakultät ist dynamischer

- Reform des Medizinstudiums in der Schweiz:
Westschweiz als erste (1995), Zürich als letzte Fakultät (2005)
- Akkreditation durch ausländische Experten 1999 (!)
- Einführung von Bologna in der Medizin:
Vorreiterrolle der Schweiz für Europa
 - Genf beginnt im Herbst 2005
 - Basel, Bern + Lausanne 2006
 - Zürich 2008-10



Spitzenforschung - Indikatoren der Forschungseffizienz

Richtige Evaluation für faire Vergleiche

- Gutes Beispiel: wissenschaftliche Leistung - Publikationen + deren Impact, eingeworbene Drittmittel in Beziehung zu öffentlichen Mitteln
- Schlechtes Beispiel: Abwerbung von Forschern durch höhere Löhne und bessere Infrastrukturen z.B. in die Schweiz aus anderen Ländern, ETH aus den Universitäten



Forschung – wo sind die besten?



Wie können Kompetenz und Effizienz der Spitzenforschung verbessert werden?

Richtige Evaluation für faire Vergleiche

- Gutes Beispiel: wissenschaftliche Leistung in Beziehung gesetzt zu vorhandenen Mitteln
- Schlechtes Beispiel: Abwerbung von Forschern durch höhere Löhne und bessere Infrastrukturen z.B. in die Schweiz aus ärmeren Ländern, in die ETH aus den Universitäten
- Schlechtes Beispiel: «ranking» nach Fantasiekriterien (Nobelpreisträger, spez. Journals...)



Wir brauchen gute Indikatoren der Forschungsqualität und - Effizienz

Beispiele:

- Publikationen - Zahl, Impact
- Innovationen - Brevets/Patente, neue Erkenntnisse und Methoden
- Externe Forschungsfonds - SNF, Europa, Stiftungen, Industrie
- Exzellenzzentren mit effizienten Netzwerken, z.B. NCCRs des FNRS



Für gewisse Leute ist es absolut klar...



*Evaluert mit objektiven und transparenten
Methoden ist es überzeugender...*



Z.B.,

*Welche der Universitäten ist im
Konkurrenzkampf um Publikationen,
um Nationalfonds-Mittel am
erfolgreichsten?*



Scientific publications related to expenses - Swiss Universities

N Publications Expenses Publicat. / Subsidies FNRS
 2002 Mill / 2002 Million sFr 2002, Million sFr

University	Zürich	12'243	855	14.3	51.7
	Geneva	9'780	611	16	58.4
	Bern	7'890	535	14.7	44.0
ETH	Zürich	11'144	936	11.7	31.1
	Lausanne	4'450	473	9.4	35.2
University	Basel	6'699	330*	20.3	36.6
	Lausanne	7'213	360*	20.0	30.3

* 2003: 913, 638, 555, 904,
 493, 340, 369



Die besten sind Basel und Lausanne



*Welche Hochschulen ziehen am
meisten vielversprechende
Nachwuchsforscher an und auf
– z.B.*

Nachwuchspfassuren FNRS?



FNRS «Professeurs boursiers» 2000 to 2003

BS	17'369'286
BE	17'691'035
FR	7'878'640
GE	21'973'222
LS	16'112'938
LU	2'786'331
NE	8'958'822
SG	1'377'671
ZH	22'287'055
EPFL	16'605'937
EPFZ	20'818'321

Total CH 153'859'261



*Welche Medizinischen Fakultäten
bestehen den Konkurrenzkampf um
FNRS-Gelder am besten?*



Subsides de recherche (FNRS), Facultés de médecine

Total, 1999 à 2004, sFr	Berne	Bâle	Genève	Lausanne	Zürich
Méd. fondamentale	27'937'913	33'795'135	49'657'841	39'729'414	48'494'052
Méd. clinique	18'771'658	11'756'521	23'764'687	29'853'131	27'948'460
Méd. sociale & prév	3'326'753	10'269'046	7'091'261	12'641'082	8'667'401
Total Médecine	50'036'324	55'820'702	80'513'789	82'223'627	85'109'913



Spitzenmedizin morgen

- Neue, teure Leistungen zentralisieren an dem Ort, wo Entwicklung (= Forschung und Ausbildung) stattgefunden haben – nach entsprechender Evaluation
- «Banalisierung» etablierter Techniken – nach finanzieller Evaluation

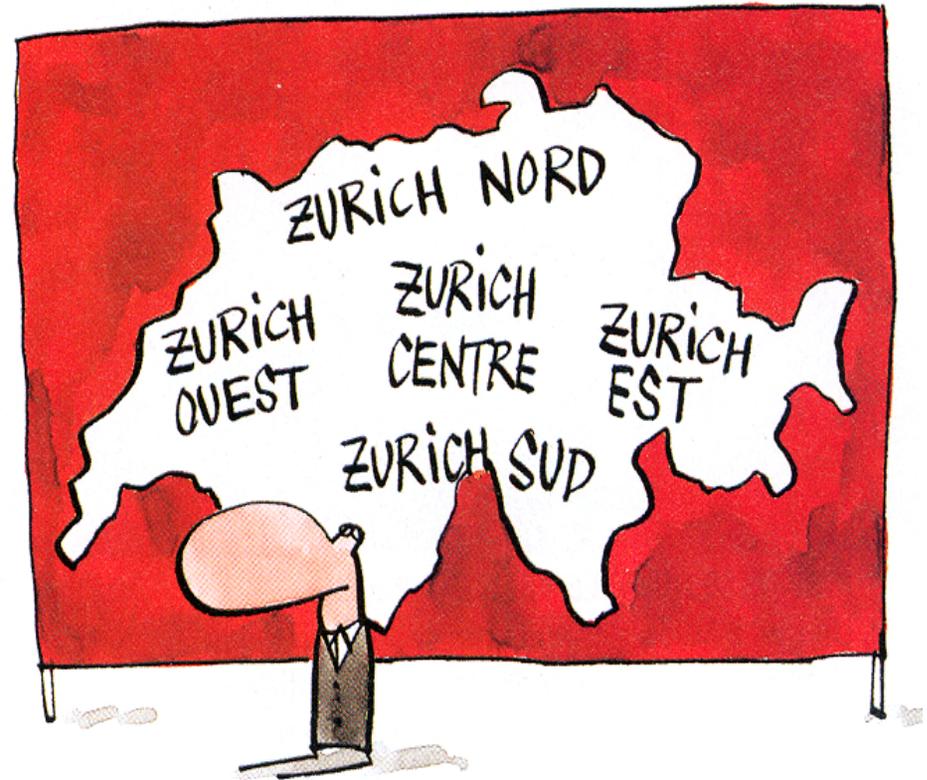


CONTRE LE FÉDÉRALISME QUI RALENTIT LA CROISSANCE
LE PLAN D'AVENIR SUISSE

The bad dream...

Der Albtraum...

Le cauchemar...





Netzwerkstrategie als Erfolgsfaktor für die Versorgungsqualität

Dr. Urs Birchler

Direktionspräsident Inselspital Bern



Netzwerk versus Ein-Standort-Theorie

- Die Ein-Standort-Theorie scheint attraktiv
- Das Netzwerk-Modell:
 - Schutzbehauptung?
 - Verteidigungsstrategie?
 - Scheinargumente?
- Forderung:
 - komplexe Sachlage
 - differenzierte Betrachtung



Ausgangslage

- Versorgung: Erreichbarkeit, Zugang für alle
- Qualität: In europäischer Spitzengruppe

Offene Fragen:

- Wirtschaftlichkeit gegeben?
- Gerüstet für Zukunft?



Wirtschaftlichkeit

Nebst der Qualität kommt der Wirtschaftlichkeit grösste Bedeutung zu, doch:

- ohne Modellrechnung, keine Evidenz und damit keine Entscheidungsgrundlagen

Wichtige Faktoren für die Wirtschaftlichkeit:

- die Vorhaltekapazität
- der Bereitschaftsdienst
- die Infrastruktur



Das Monopol: Ein Versorgungsrisiko

„Stellen Sie sich vor, Sie sind von einem einzigen Spital abhängig?“

Monopolist hat keine Konkurrenz hinsichtlich:

- fachlich-medizinischer Kompetenz
- organisatorischer Kompetenz
- ökonomischer Kompetenz



Differenzierte Lösung für eine gute Versorgung

Die hochspezialisierte Medizin

- ist vielfältig
- ist ein differenziertes Portfolio

Das Ein- oder Zwei-Standortmodell ist ein „Eintopfgericht“
Die Netzwerkstrategie erlaubt differenzierte Lösungen,
z.B. für

- Herz- /Lungentransplantationen
- Nierentransplantationen
- Periphere Stammzellentransfusion
- Schwerstverbrennungen



Die Netzwerkstrategie ein Erfolgsfaktor

- Status quo ist kein verbindliches Netzwerk
- Netzwerkstrategie bedeutet nicht Beliebigkeit
- Netzwerkstrategie heisst:
 - Verbindlichkeit dank Rechtsgrundlagen
 - Transparenz dank homogenen Daten (Coordinating Center und gemeinsame Datenbank)
 - Qualität dank gemeinsamer Standards und aktiver Zusammenarbeit



Ergebnis

- Die Netzwerkstrategie bietet differenzierte Lösungen für unterschiedliche Sachverhalte.
- Die Netzwerkstrategie gibt es heute nicht.
- Die Netzwerkstrategie muss konkretisiert und umgesetzt werden.



Netzwerk-Strategie als standortpolitischer Faktor

Prof. Dr. Gilberto Bestetti

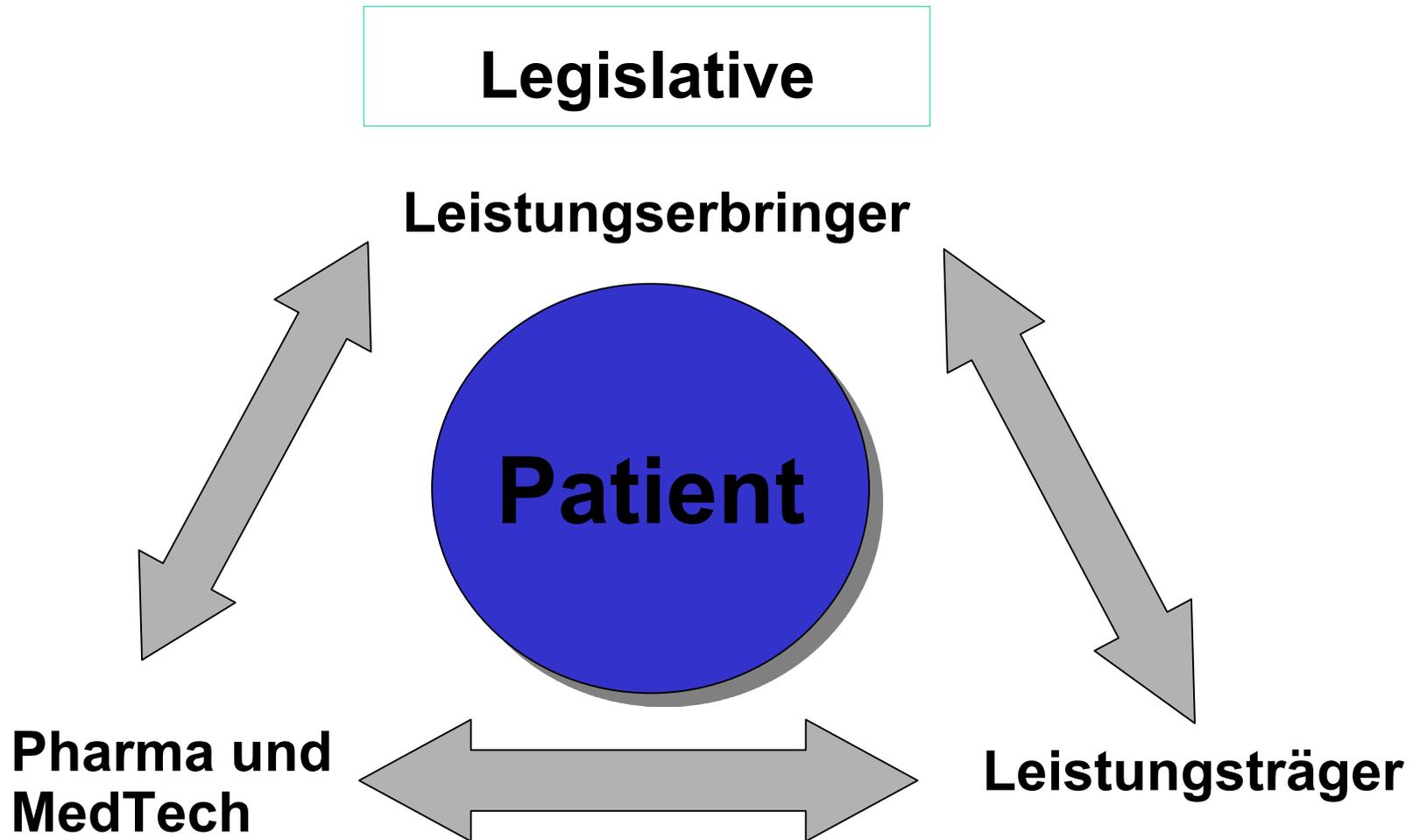


Komponenten des Schweizerischen Gesundheitswesens

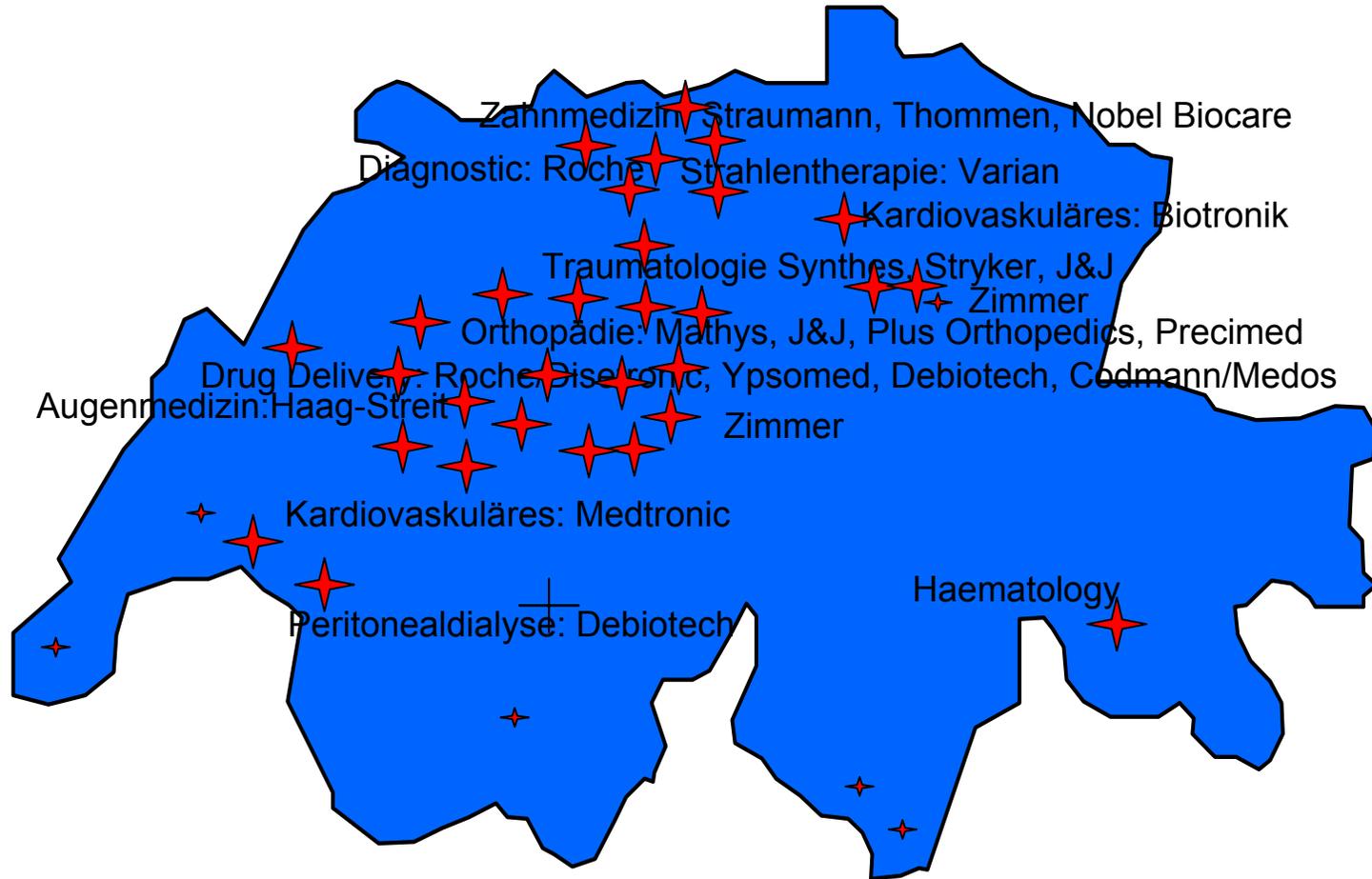
- Medizinische Tradition
- Medizinisches Wissen
- Medizinische Organisation und Infrastruktur
- Pharmakologisches Wissen, Pharmaindustrie (Entwicklung, Produktion), Pharmaverteilung
- Medizintechnisches Wissen, Med-Tech Industrie (Entwicklung, Produktion), Med-Tech Produkte
- Offenheit zu modernen Therapieformen
- Grosser absatzfähiger Markt, repräsentativer Testmarkt
- Finanzierbarkeit der Leistungen



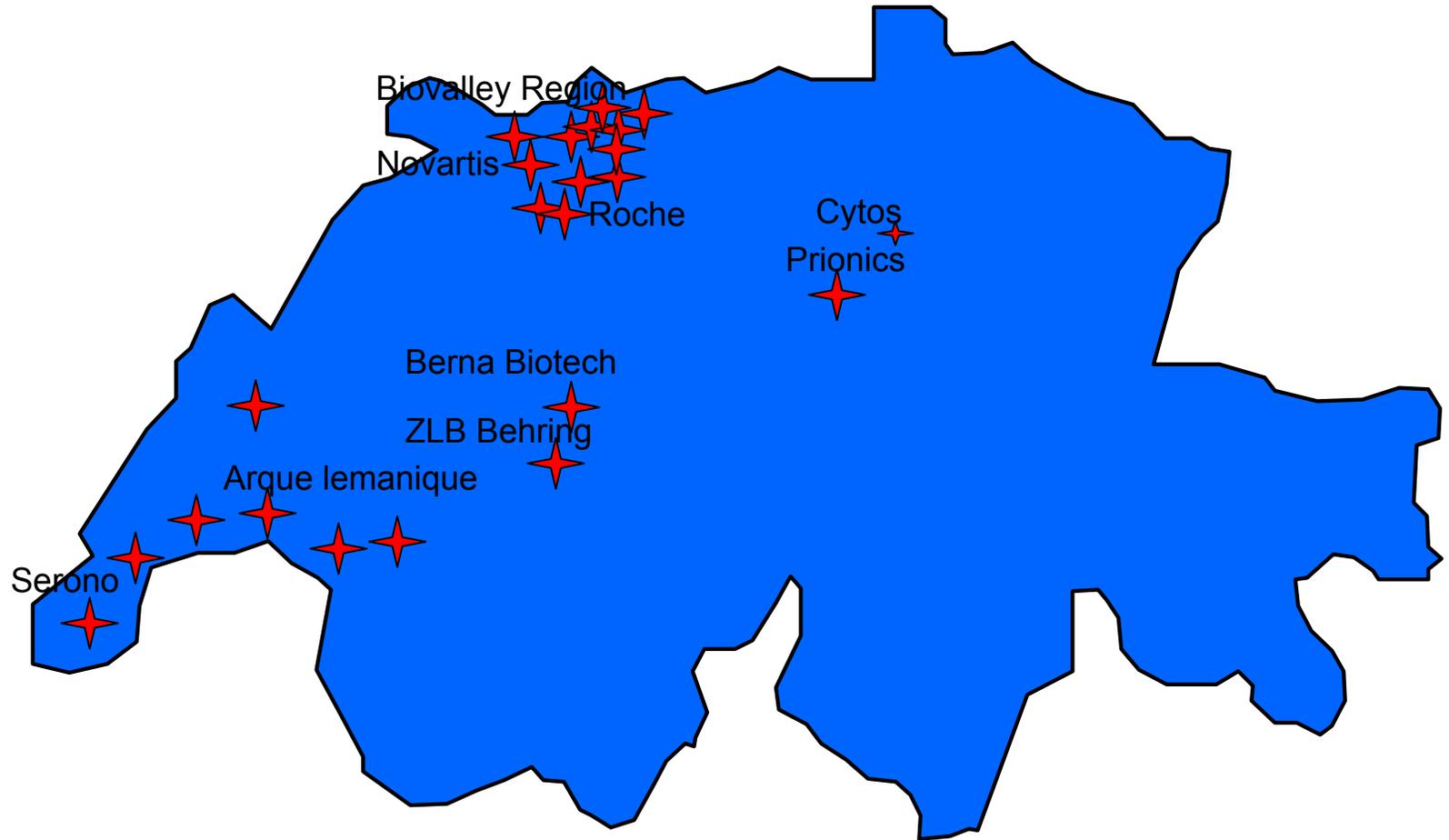
Das Netzwerk des Gesundheitswesens



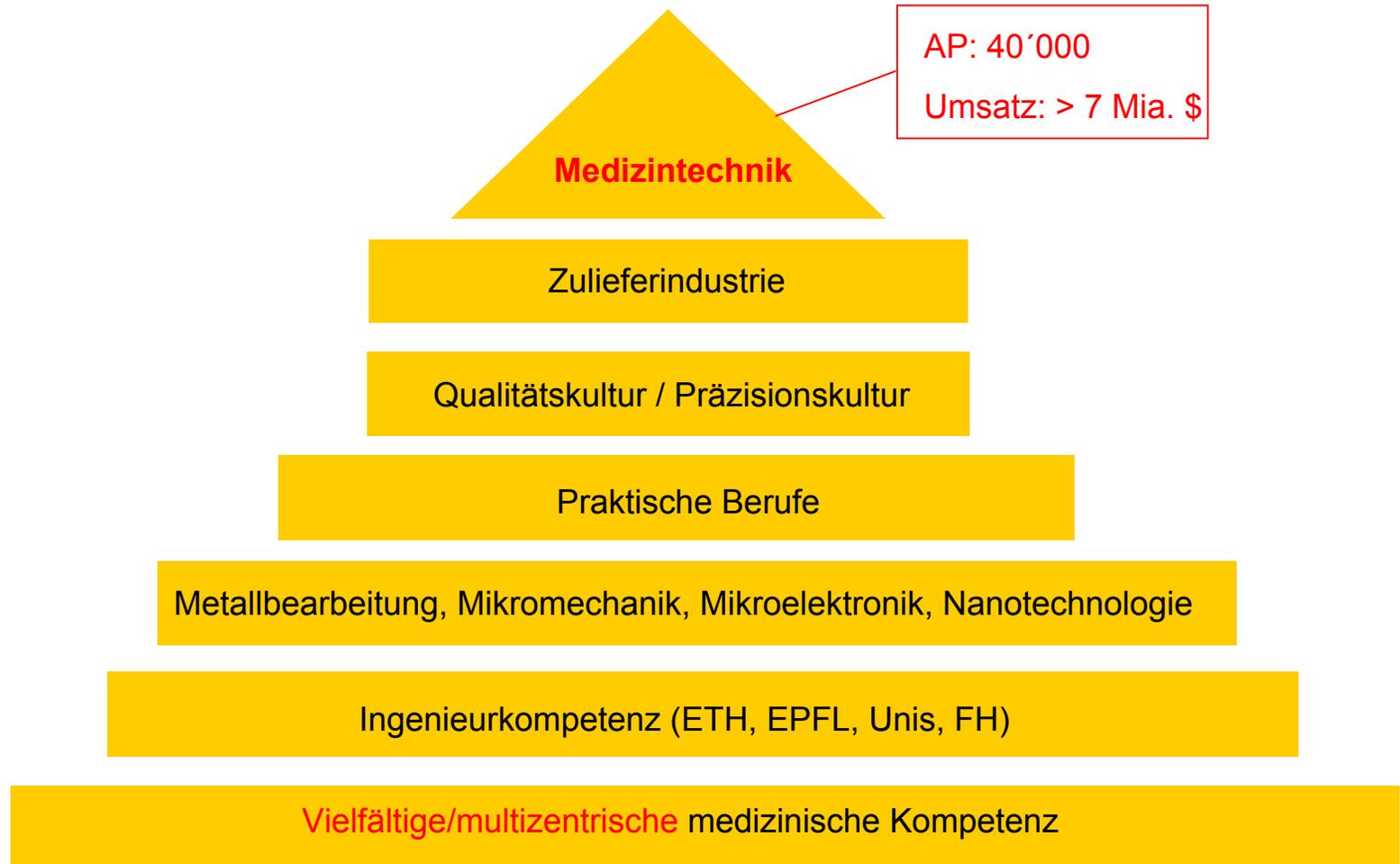
MedTech



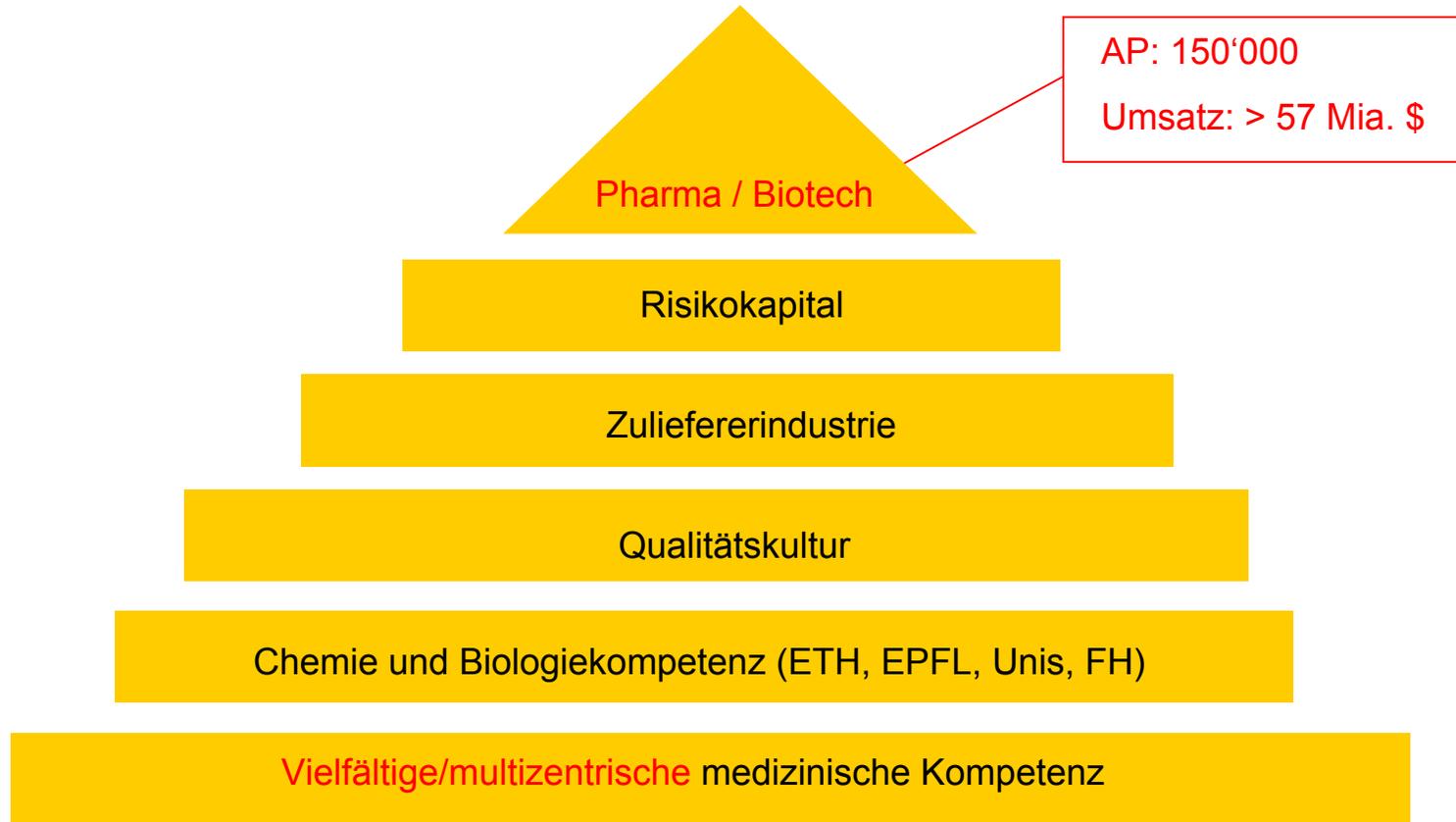
Pharma/Biotech



Das medizinische Netzwerk



Das Pharma-/Biotech-Netzwerk

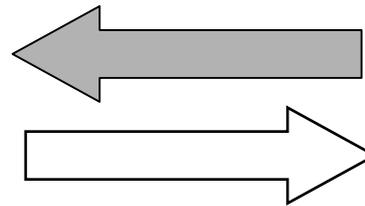
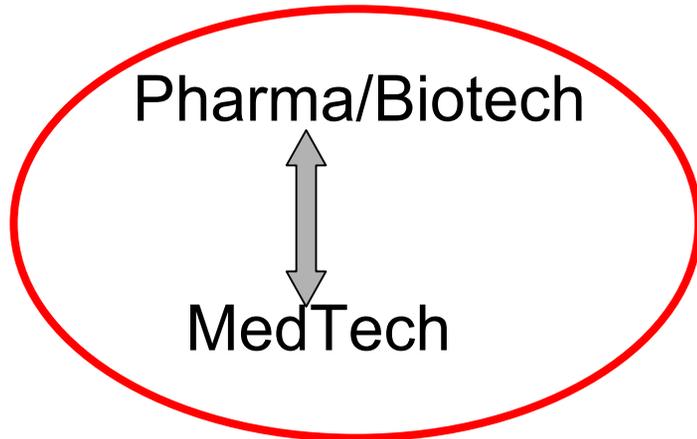


Netzwerkstrategie in der Realität der Pharma/Biotech und der Medizintechnik

- Optimale Vernetzung, Koordination, Zusammenwirken und Interaktion zwischen Strukturen des Gesundheitswesens und anderen Branchen im Sinne einer Wertschöpfungskette
- Beispiele:
 - Tissupor St. Gallen: EMPA St. Gallen, UNI Zürich, CSEM Neuenburg
 - Debiotech Lausanne: EPFL, Unispital Bern, Unispital Turin
 - Codmann Medos: FH Bern, EPFL, MEM Uni Bern
 - Medtronic: EPFL, FH Bern, CHUV

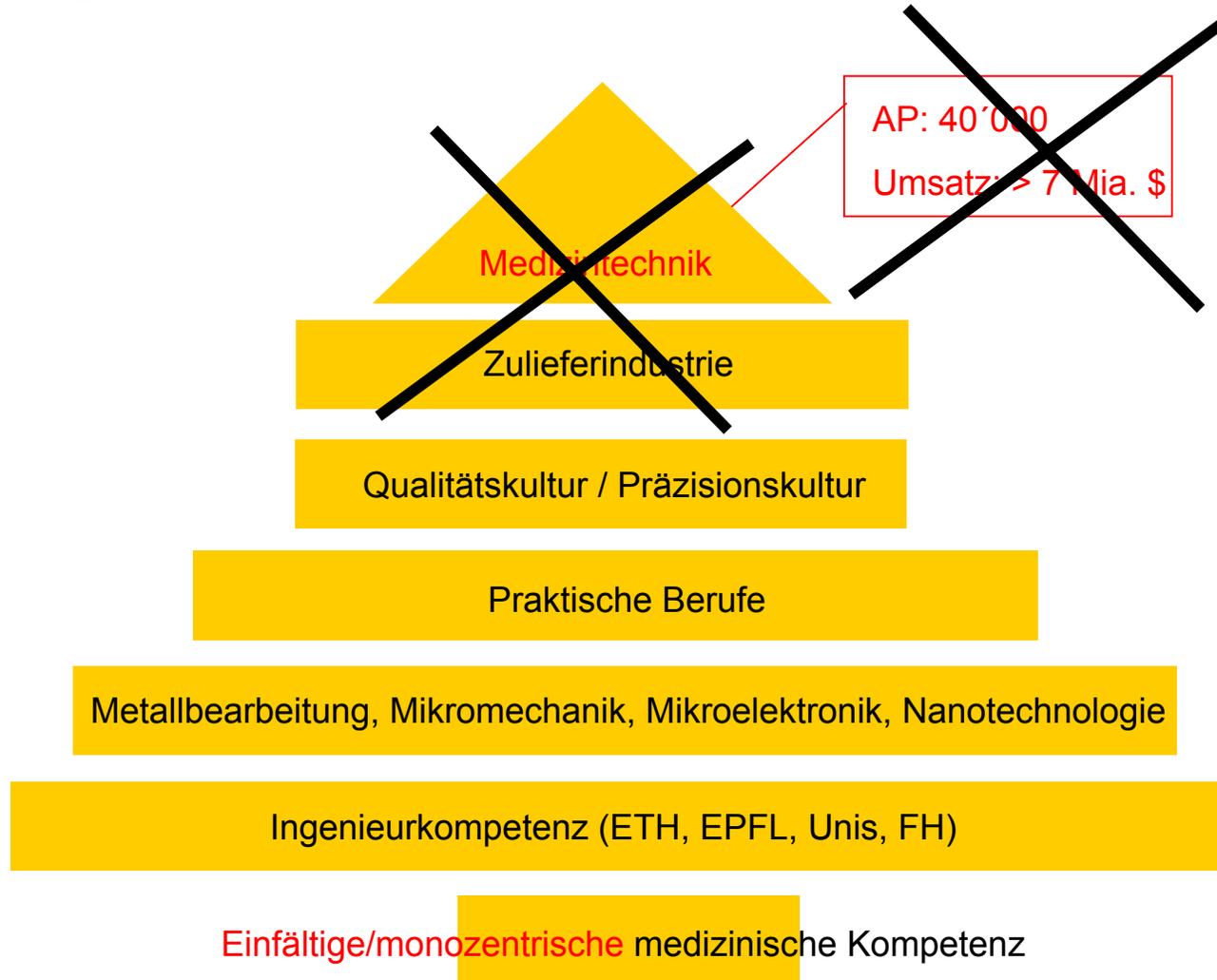


Notwendige gegenseitige Befruchtung

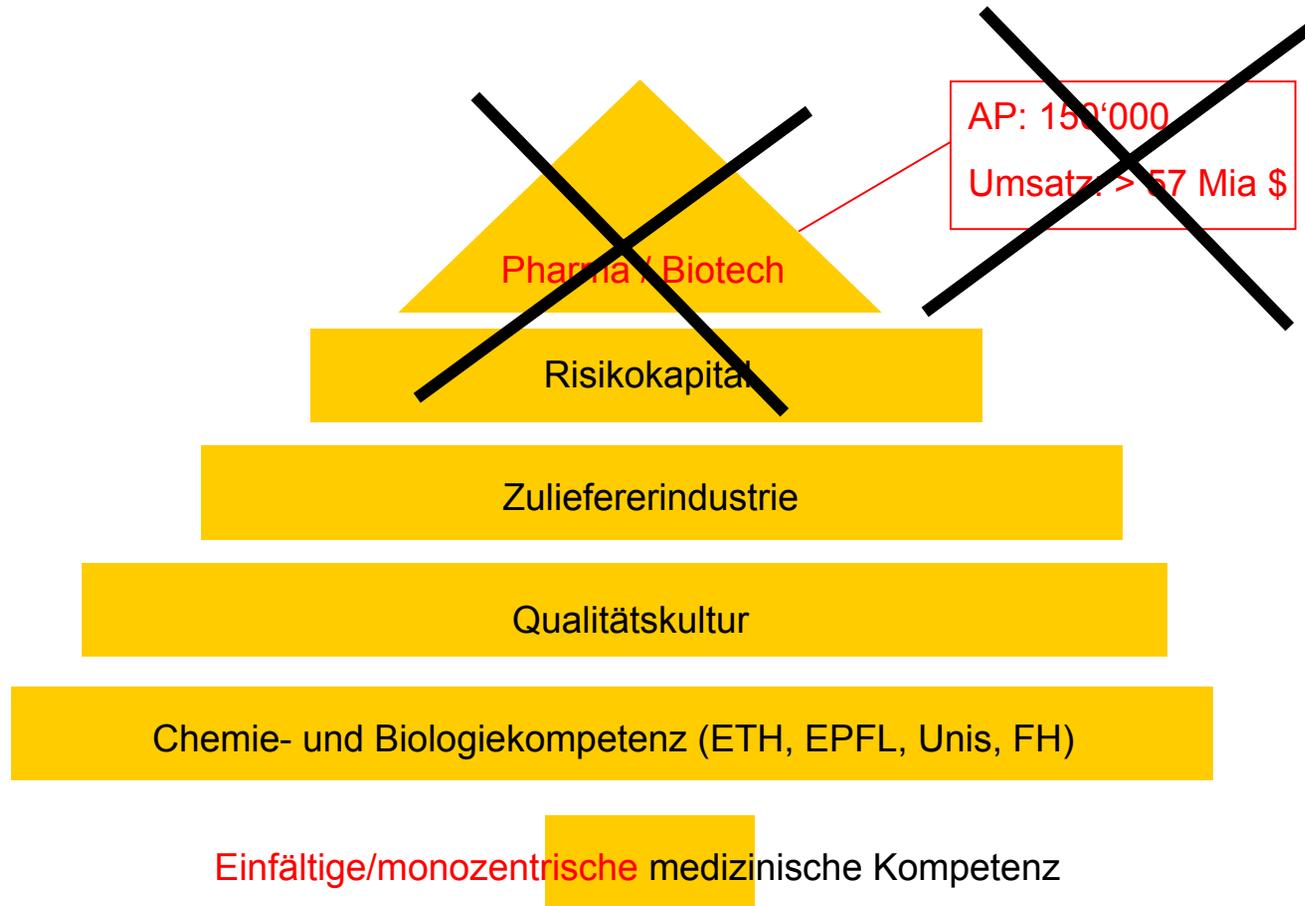


vielfältige
medizinische
Kompetenz

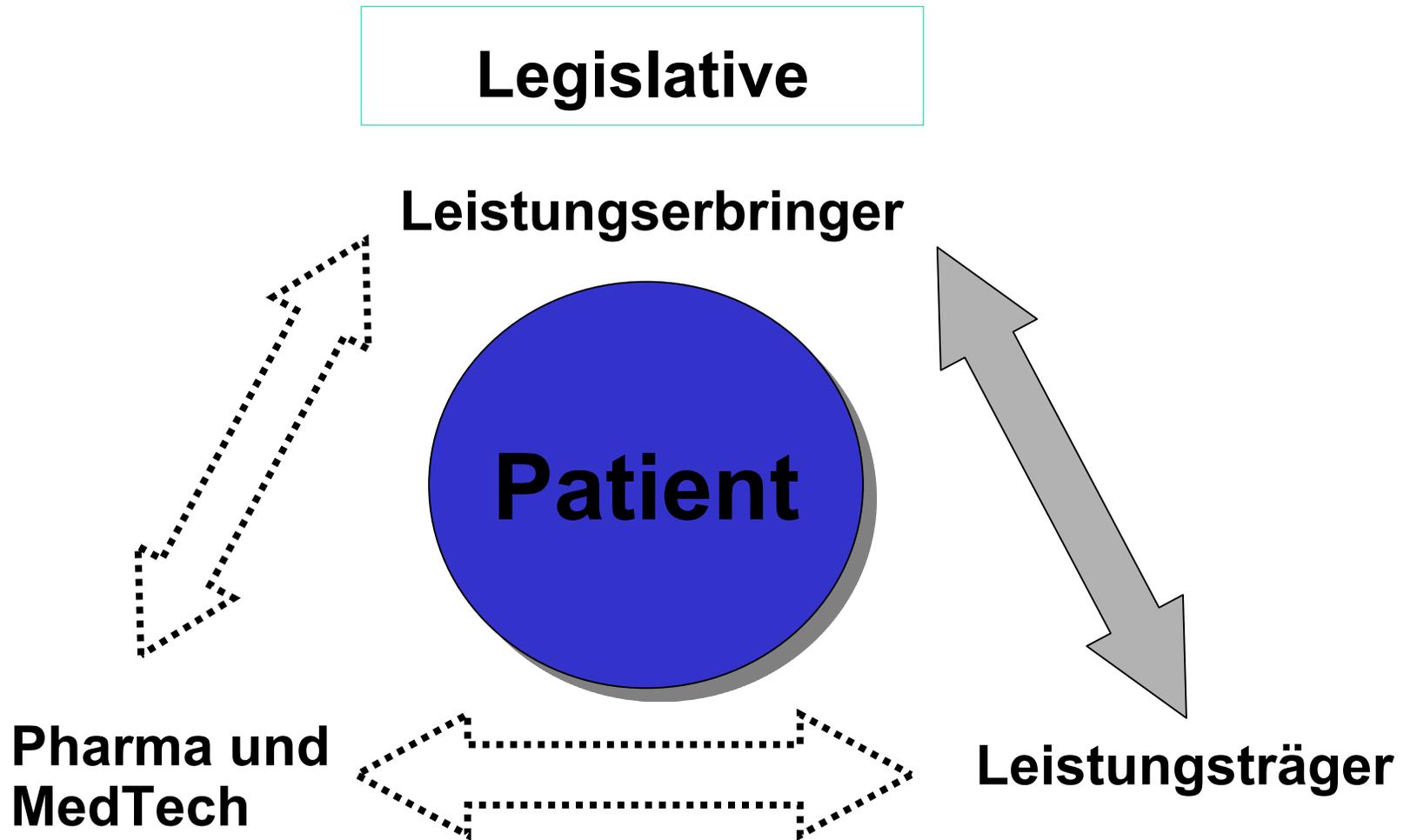
Ohne vielfältige medizinische Kompetenz keine Medizintechnik



Ohne vielfältige medizinische Kompetenz keine Pharma/Biotech



Konsequenzen für das Netzwerk des Gesundheitswesens



Zusammenfassung/ Schlusswort

Mario Annoni

Regierungspräsident und
Erziehungsdirektor des Kantons Bern



Hauptgründe, die für das Modell der Kantone sprechen:

- Die bestehenden Medizinischen **Fakultäten und Universitätsspitäler** bilden ein schweizerisches **Kompetenznetzwerk** und stellen dadurch eine ausreichende und qualitativ hoch stehende Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sicher.
- Die fünf Medizinischen **Fakultäten** der Schweiz besitzen **zusammen** ein hervorragendes Potential, um auch in Zukunft mit der internationalen Entwicklung in der medizinischen Lehre und Forschung Schritt zu halten.
- Die **Universitätsspitäler** bieten durch ihr jeweils spezifisches Angebot in der Spitzenmedizin **eine hohe Versorgungssicherheit** in der medizinischen Dienstleistung für alle Landesteile der Schweiz.



Die Kantone, insbesondere die Universitätskantone, sind von der Spitzenmedizin direkt betroffen, weil sie:

- für die **Sicherstellung der medizinischen Versorgung** (inklusive Spitzenmedizin) der Bevölkerung zuständig sind,
- als **Träger der Medizinischen Fakultäten** und der **Universitätsspitäler** die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte garantieren, medizinische Forschung ermöglichen und dadurch einen wesentlichen Beitrag zur Spitzenmedizin in der Schweiz leisten,
- nach wie vor die **Hauptlast der Aufwendungen** für die Spitzenmedizin und die medizinische Aus- und Weiterbildung tragen und deshalb gewillt sind, die Anspruchshaltung aller Kreise und die **finanziellen Mittel der Kantone** in Einklang zu bringen.



Die Kantone, insbesondere die Universitätskantone, sind auch in Zukunft bereit für die Spitzenmedizin Verantwortung zu übernehmen, indem sie:

- für die **Vernetzung** der bestehenden **Medizinischen Fakultäten** und **Universitätsspitäler** eintreten, weil diese gegenüber der Standortkonzentration ein grösseres Entwicklungspotential besitzt,
- gewillt sind, die standortpolitischen Eigeninteressen den **übergeordneten Interessen** der Spitzenmedizin und der medizinischen Lehre und Forschung unterzuordnen,
- bereit sind, unter Respektierung der **föderalen Strukturen**, den hierfür notwendigen finanziellen **Beitrag** zu leisten.



Zusammenkunft ist ein Anfang
Zusammenhalt ist ein Fortschritt
Zusammenarbeit ist der Erfolg
(Henry Ford)



**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

**Nous vous remercions de
votre attention!**

