Schulung von Ärzten und Patienten: ein Mittel zur Behandlung des kriselnden Gesundheitswesens

Charles-R. Bader

Die Schweiz leidet nicht als einziges Land unter einer Krise im Gesundheitswesen. Die in den USA [1] beschriebenen Symptome gelten auch für viele andere Länder:

– prestigeträchtige Universitätsspitäler mit kolossalen jährlichen Defiziten,
– komplexe, teure und für den Patienten oft unbefriedigende Behandlung,
– Verschlimmerung der Probleme aufgrund des Versuchs der Politik, die Behandlungsströme kontrollieren zu wollen («Managed Care»).

Clayton Christensen ist Professor an der Harvard Business School. Berühmt wurde er durch sein Werk «The Innovator's Dilemma» [2], in dem er beschreibt, wie und warum grosse, für ihr bemerkenswertes Management hoch gelobte Industriezweige untergegangen sind, weil sie Opfer sogenannter «disruptiver Innovationen» wurden. In einer kürzlich erschienenen Fachzeitschrift geht er der Frage nach, ob die Krise im Gesundheitswesen nicht genau durch eine solche disruptive Innovation überwunden werden könnte. Unter Bezugnahme auf seine Beispiele aus der Industrie habe ich mich gefragt, ob die disruptive Innovation nicht bereits im Gange ist, aber zurzeit noch völlig unterschätzt wird in einer Welt, die eigentlich reif dafür wäre.

Anhand eines realen Beispiels (Abb. 1) kann gezeigt werden, was eine disruptive Innovation ist und wie sie wirkt. Die Geschichte beginnt in den 70er Jahren, zur Blütezeit der Minicomputer.

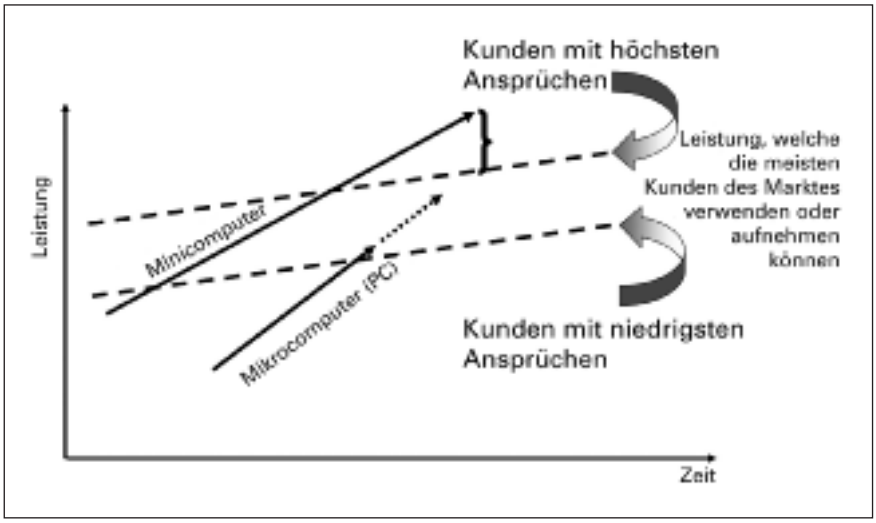
Die Minicomputer beginnen aufgrund ihrer Leistung den grossen Zentralrechnern bei Routinevorgängen wie Datenanalysen in den Forschungslabors der Universitäten Konkurrenz zu machen. Grosse Unternehmen wie die Digital Equipment Corporation (DEC) entwickeln ihre Hard- und Software selber, um ihre Kunden zu bedienen, und erhöhen regelmässig die Leistung ihrer Minicomputer. So übertreffen sie selbst die Erwartungen ihrer anspruchsvollsten Kunden (geschweifte Klammer in Abb. 1). Gleichzeitig steigt insbesondere dank der raschen Entwicklung der integrierten Schaltkreise (Mikroprozessoren, Speicher usw.) auch die Leistungsfähigkeit der Mikrocomputer (der späteren PCs), für die sich nur ein kleiner Teil des Marktes interessierte. Aufgrund ihres niedrigeren Preises sind sie vorerst vor allem für die Kunden des Einstiegssegments attraktiv. Dazu gehören auch Bill Gates und Microsoft, die zur Entwicklung von Programmen für die PCs beitragen. Das rasante Aufkommen der PCs als Folge davon ist hinlänglich bekannt: Ende der 90er Jahre waren DEC (100 000 Mitarbeiter zu den besten Zeiten) und die Minicomputer verschwunden und durch die Mikrocomputer ersetzt.

Zusammengefasst zeigt dieser Prozess, dass gewisse – durchaus blühende – Industriezweige dazu neigen, Produkte zu entwickeln, die weit über die Bedürfnisse und Erwartungen der anspruchsvollsten Kunden hinausgehen. Dabei konzentrieren sie sich auf einen kleinen Teil des Marktes und vernachlässigen die Bedürfnisse der Mehrheit. So ebnen sie aber den Weg für disruptive Innovationen, die den Markt von unten, d.h. den Kunden mit den niedrigsten Ansprüchen, aufrollen. Der Fortschritt ist bei diesen Innovationen oft rasanter als bei den traditionellen Technologien. Sie erobern immer mehr Marktanteile und treiben letztlich Industriezweige in den Ruin, deren einziger Fehler darin besteht, dass sie nicht rechtzeitig die geeigneten Strategien verfolgt haben, um sich der tatsächlichen Marktnachfrage anzupassen.

Andere berühmte Beispiele disruptiver Innovationen sind der Fotoapparat von Eastman, das Telefon von Bell sowie der Fotokopierer. Diese Innovationen haben etwas gemeinsam: Der Kunde kommt letztlich in den Genuss verlässlicherer, benutzerfreundlicherer sowie günstigerer Produkte und Dienstleistungen. In einem Wort: Der Kunde profitiert! Dank der Einführung dieser Technologien erreichen wenig qualifizierte Menschen (im Grunde genommen wir alle) zu niedrigeren Kosten und unter besseren Bedingungen, was vorher nur durch den Beizug teurer Fachleute von hoch spezialisierten Einrichtungen mit unbezahlbaren Geräten zu bewerkstelligen war.

Korrespondenzadresse:
Charles-R. Bader
Vizedekan, Präsident der
Schweizerischen Medizinischen
Interfakultätskommission (SMIFK)
Medizinische Fakultät
der Universität Genf
C.M.U.
CH-1211 Genève 4

Abbildung 1
Disruptive Innovation in der Informatik. Das Schema zeigt die zeitliche Entwicklung der Leistung von Mini- und Mikrocomputern im Vergleich zu den Bedürfnissen der meisten Marktteilnehmer zwischen den niedrigsten und den höchsten Kundenansprüchen. Abgeändert gemäss [1].



Das Gesundheitswesen: eine «Industrie», die reif ist für eine disruptive Innovation?

Die medizinischen Fakultäten, Fachärzte, Universitätsspitäler und Ausrüstungshersteller haben es zusammen geschafft, komplexe Probleme *im technologischsten Segment der Nachfrage im Gesundheitswesen* anzupacken und zu lösen. Heute überleben auf den Intensivstationen Patienten, die vor 20 Jahren gestorben wären. Richtig ist auch, dass die klinischen oder chirurgischen Abteilungen Patienten aufnehmen, die noch vor kurzem auf der Intensivstation behandelt wurden. Die Leistungen der technischen Medizin sind bemerkenswert, verursachen aber hohe Kosten für Ausrüstungen, Medikamente und Fachpersonal.

Der Fortschritt auf der anderen Seite der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen war dagegen nicht so spektakulär, obwohl die Erwartungen wahrscheinlich gestiegen sind. Genau deshalb ist das Gesundheitswesen reif für eine disruptive Innovation. Ist dies ein Grund zur Sorge? Nein, wenn man sich auf das Industriemodell abstützt, denn Clayton Christensen sagt: Wendet man die Theorie auf das Gesundheitswesen an, müsste *man nach der Einführung disruptiver Innovationen*:

- über ein zugänglicheres, qualitativ besseres und kostengünstigeres Gesundheitswesen verfügen;
- qualitativ bessere Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen können und
- auf die restriktiven administrativen Massnahmen (Zulassungsstopp, Rationierung usw.) verzichten können, die heute ergriffen werden, um die Kosten unter Kontrolle zu bringen.

Wie könnte eine disruptive Innovation im Gesundheitswesen aussehen?

Es könnte sich um eine Vielzahl von Innovationen handeln, dank denen:

- jeder Gesunde mit Hilfe eines anerzogenen individuellen Verantwortungsbewusstseins wirksame Präventionsmassnahmen anwendet;
- der Patient selbst die Tätigkeiten verrichtet, für die heute Krankenpflegepersonal nötig ist (die therapeutische Schulung des Patienten ist ein Beispiel in dieser Richtung);
- das Pflegepersonal diagnostische und therapeutische Massnahmen gemeinsam mit den Ärzten umsetzt und
- die Grundversorger diagnostische und therapeutische Massnahmen in Koordination mit den Fachärzten durchführen.

Diese Liste an Vorschlägen für eine disruptive Revolution im Gesundheitswesen zeigt, dass damit die Verantwortung für die Umsetzung der präventiven, diagnostischen und therapeutischen Massnahmen auf Personen und Personengruppen (einschliesslich der Patienten und vor allem der Gesunden) verteilt werden soll, deren Intervention am angemessensten und kostengünstigsten ist. Diese Umverteilung der Verantwortung führt zu einer Änderung der Rolle und Ausbildung von Ärzten, Krankenpflegepersonal und der Bevölkerung im Vergleich zur heutigen Situation. Sie setzt auch die Entwicklung neuer, einfacher anzuwendender diagnostischer und therapeutischer Hilfsmittel voraus.

Bei dieser kleinen «Revolution» sollten die medizinischen Fakultäten ihre unverzichtbare Rolle wahrnehmen. Warum haben sie es aber bisher nicht getan? Es ist eine Frage der Kultur, Werte und Träume der jungen Studenten. Die medizintechnischen Errungenschaften erhalten mehr Medienaufmerksamkeit und regen stärker zum Träumen an als der Kampf gegen das Rauchen, auch wenn sie bezüglich Volksgesundheit weniger bewirken. Das Gesundheitswesen muss seine Träume und Wertsysteme überdenken. Es geht keineswegs darum, auf die unerlässliche medizinische Spitzenforschung zu verzichten, sondern darum, unsere Werte neu zu organisieren und unsere Haltung gegenüber der täglichen medizinischen Praxis und der Prävention zu ändern. Ihr Ansehen muss verbessert werden,

und zwar bei all denen, die dazu beitragen könnten, einschliesslich der Kranken und der Gesunden als künftige Patienten.

Kann das Problem von innen angepackt werden? Können sich die medizinischen Fakultäten, die einen grossen Beitrag zur Entwicklung der Spitzenmedizin geleistet haben, selber an der Einführung disruptiver Innovationen beteiligen, zum Beispiel durch die Schaffung neuer Studiengänge?

Die Industrie zeigt, dass dies nicht unmöglich ist. Hewlett Packard, der Hersteller des Laserdruckers, hat es geschafft, selber eine disruptive Innovation zu entwickeln: den viel günstigeren Tintenstrahldrucker. Dazu musste das Unternehmen jedoch den Produktionsstandort für die Tintenstrahldrucker in einen anderen amerikanischen Bundesstaat verlegen, um interne Spannungen zwischen den Entwicklungsteams der beiden konkurrierenden Geräte zu vermeiden. Grundsätzlich spricht also nichts gegen eine Revolution von innen. Dazu ist aber eine psychologische Hürde zu nehmen. Sind die medizinischen Fakultäten bereit dazu? Werden sie einen innovativen und disruptiven Ansatz bei der Ausbildung fördern, obwohl ihr aktuelles Prestige im wesentlichen aus der Forschung stammt?

Ein Traum

Eine Möglichkeit für die medizinischen Fakultäten der Schweiz bestünde darin, das Risiko der Innovation einzugehen und Bologna intelligent umzusetzen. Sie könnten zusammen mit den Fachhochschulen und den betroffenen Berufsverbänden (Ärzte, Krankenpflegepersonal usw.) sowie der Unterstützung durch die Politik eine *selbständige «gemeinsame» Struktur* einrichten, zum Beispiel einen experimentellen, den fünf Fakultäten angeschlossenen Studiengang mit dem Auftrag, neue, an die Bedürfnisse *der gesamten Bevölkerung* angepasste Ausbildungen im Gesundheitsbereich zu erarbeiten.

Über diesen Studiengang würden die Mitarbeiter des Gesundheitswesens ausgebildet, die dies wünschen [3]. Der Schwerpunkt würde ganz besonders auf die beruflichen Kompetenzen (Prävention, Diagnose, Behandlung und Kommunikationsfähigkeit) sowie die Arbeitsweise in berufsübergreifenden Gruppen gelegt.

Dieser experimentelle Studiengang würde auch Instrumente für die Schulung der Bevölkerung hinsichtlich

- der Präventionsmassnahmen und der Verwendung einfacher Früherkennungs- und Diagnosehilfsmittel sowie
- der Mobilisierung der individuellen psychologischen Ressourcen für eine möglichst wirksame Behandlung (therapeutische Schulung des Patienten)

erarbeiten.

In Zusammenarbeit mit den eidgenössischen technischen Hochschulen und der Industrie könnte diese selbständige Struktur auch zur Entwicklung neuer, kostengünstiger Diagnose- und Behandlungsinstrumente und -produkte beitragen, die selbst wieder zu disruptiven technologischen Innovationen werden könnten.

Dank dieses experimentellen Studiengangs und den übrigen Studienrichtungen würden die medizinischen Fakultäten zusammen mit den Hochschulen zur Drehscheibe diversifizierter und komplementärer Ausbildungen im Gesundheitsbereich.

Zeit zum Handeln!

Mit dem neuen Gesetz über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen wird den Fakultäten mehr Selbständigkeit bei der Ausbildung eingeräumt. Die neue eidgenössische Abschlussprüfung wird der Kommunikation und der Arzt-Patienten-Beziehung mehr Bedeutung zumessen. Durch die Umsetzung der Bologna-Richtlinien – mehrere Studiengänge – sind Experimente möglich und legitim. Nach zehn Jahren Entwicklungen und Reformen im Medizinstudium bietet sich nun eine Gelegenheit für die Lancierung von noch besser an die Bedürfnisse und Erwartungen der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden angepassten «Gesundheitsausbildungen».

Referenzen

1 Christensen CM, et al. Will disruptive innovation cure health care? Harvard Business Review, product 6972; 2004.

2 Christensen C. The innovator's dilemma: When new technologies cause great firms to fail. Harper Business, 2000.

3 Die heutigen, kürzlich überarbeiteten medizinischen Studiengänge würden weiter und ebenfalls auf freiwilliger Basis (freie Wahl der Studenten) bestehen, und es müsste Querverbindungen zwischen den Studiengängen geben.