

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften

Hinweise zur Ausarbeitung dieses Positionspapiers

Eine Begleitgruppe hat sich in zwei Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Nach Sichtung der Literatur und ersten Diskussionen in der Zentralen Ethikkommission der SAMW hat Prof. Nikola Biller-Andorno einen Entwurf verfasst. Dieser wurde in der Begleitgruppe und der Zentralen Ethikkommission diskutiert. Auf der Basis dieser Rückmeldungen entstand eine finalisierte Fassung, die vom SAMW-Vorstand an seiner Sitzung vom 1. September 2014 diskutiert und anschliessend verabschiedet wurde.

Folgende Mitglieder gehörten der Begleitgruppe an:

Prof. Dr. med. Christian Kind,
Präsident der zentralen Ethikkommission (ZEK)
der SAMW, St. Gallen (Vorsitz)

Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, Chur

PD Dr. med. Peter Berchtold, Bern

Prof. Dr. med. Nikola Biller-Andorno, Zürich

Prof. Dr. oec. Luca Crivelli, Lugano

Dr. med. Monique Gauthey, Genf

Dr. med. Daniel Grob, Zürich

Prof. Dr. med. Samia Hurst, Genf

Jacqueline Martin, PhD, RN, Basel

lic. iur. Michelle Salathé MAE, SAMW, Basel

Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, Basel

PD Dr. theol. Markus Zimmermann, Fribourg

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

Positionspapier der Schweizerischen Akademie der
Medizinischen Wissenschaften

Herausgeber

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
T +41 61 269 90 30, mail@samw.ch, www.samw.ch

Gestaltung

Howald Fosco, Basel

Umschlagbild

© Gina Sanders – Fotolia.com

Druck

Kreis Druck, Basel

1. Auflage, 2014 (1500 D, 500 F)

Die Broschüre kann in deutscher und französischer Sprache
kostenlos bezogen werden bei der SAMW.



Copyright: ©2014 SAMW. Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter der Lizenz Creative Commons Attribution (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Der Inhalt dieser Publikation darf demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014)
Medizin und Ökonomie – wie weiter?
Swiss Academies Communications 9 (4)

ISSN (print): 2297-1793

ISSN (online): 2297-1807

Zusammenfassung	5
1. Hintergrund	7
1.2. Ziele des Gesundheitswesens	8
1.3. Medizinische vs. ökonomische Perspektive	12
1.4. Ökonomisierung der Medizin?	13
2. Medizin und Ökonomie: Problemfelder im klinischen Alltag	19
2.1. Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung	19
2.2. Interessenkonflikte	21
2.3. Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegende-Patienten-Beziehung	22
2.4. Verlust der intrinsischen Motivation	24
2.5. Deprofessionalisierung	25
2.6. Verzerrung medizinischer Prioritäten	26
2.7. Vertrauensverlust der Patienten	27
3. Mögliche Ansatzpunkte für die Integration medizinischer und ökonomischer Ziele	29
4. Empfehlungen	34
Aktiver Einbezug der Patienten	35
Schaffung einer Kultur, die Offenheit und kritische Reflexion fördert	35
Verbesserung der Vergütungs- und Anreizstrukturen	36
Verbesserung der bestehenden Zertifizierungsprozesse	37
Gezieltes Auswerten und Erheben von Daten	38
5. Anhang	39
Literatur	39
Glossar	42

Zusammenfassung

Das übergeordnete Ziel des Gesundheitswesens – eine qualitativ hochstehende und gleichzeitig finanzierbare Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung – setzt die Zusammenarbeit von Ärzten¹, Pflegefachpersonen, Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe, Gesundheitsmanagern, Versicherern und Gesundheitspolitikern voraus.

Idealerweise können Qualität und Zugangsgerechtigkeit stetig verbessert und Kosten gesenkt werden, ohne dass eine dieser Dimensionen zulasten einer anderen geht. In der Realität jedoch gibt es sehr wohl Konfliktfelder und Probleme: Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung; Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute; Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegenden-Patienten-Beziehung; Verlust der intrinsischen Motivation von «Leistungserbringern»; Deprofessionalisierung; Verzerrung medizinischer Prioritäten; Vertrauensverlust der Patienten und Überhandnehmen der Bürokratie.

Die Folgen einer fehlgeleiteten Ökonomisierung und/oder Kommerzialisierung der Medizin sind ein reduziertes Engagement oder gar der Verlust motivierter Fachkräfte, verbunden mit Einbussen an Qualität und Versorgungsgerechtigkeit durch Über-, Unter- und Fehlversorgung. Das übergeordnete Ziel einer finanzierbaren und nachhaltig leistbaren und qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung wird damit verfehlt.

Umso wichtiger ist es, sich zu vergewissern, welche Kerngehalte der Medizin² nicht aufs Spiel gesetzt werden dürfen. Hierzu zählen eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten; eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung; ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht; ein Bemühen um Effizienz, das nicht zulasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht sowie ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für Ärzte und andere medizinische Fachpersonen.

1 Die entsprechenden Texte betreffen immer beide Geschlechter der genannten Personengruppen.

2 Der Begriff «Medizin» wird nachfolgend umfassend verwendet und bezieht sich auf die Tätigkeit von Ärzten, Pflegefachpersonen und Therapeuten.

Das vorliegende Positionspapier, das von einer interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe³ erstellt wurde, beschreibt, in welcher Weise sich die Ökonomisierung der Medizin auf die klinische Praxis (in der Schweiz) auswirken kann. Es zeigt auf, wie sich die Ärzte und weitere medizinische Fachpersonen in konstruktiver und wirksamer Weise für die Nachhaltigkeit einer qualitativ hochstehenden, patientenzentrierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz einsetzen können.

Das Positionspapier richtet sich primär an Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere medizinische Fachpersonen sowie an Manager von Spitälern und weiteren Institutionen der Gesundheitsversorgung. In zweiter Linie richtet sich das Papier an die weiteren Akteure im Gesundheitssystem (inkl. Politik, Verwaltung, Versicherungen, Patientenorganisationen und Forschungsinstitutionen).

3 Zusammensetzung der Arbeitsgruppe, siehe Anhang.

1. Hintergrund

1.1. Ausgangslage

Die Frage nach dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie ist ebenso aktuell wie brisant: Spitäler gründen Gesundheitszentren; setzen auf ein sogenanntes «Zuweisermanagement; finanzstarke selbstzahlende Patienten werden aktiv aus dem Ausland angeworben und einer privilegierten Behandlung zugeführt usw. Es besteht eine Überversorgung mit Behandlungen von zweifelhafter Wirksamkeit, während in anderen Bereichen eine Unterversorgung besteht.⁴ Bewährte Medikamente kommen in der stationären Versorgung nicht mehr zum Einsatz, weil sie «zu teuer» seien, oder werden nicht mehr produziert, weil sie zu «wenig Marge» haben oder der Markt zu klein ist.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat diese Entwicklung in den letzten Jahren kritisch verfolgt und sich sehr aktiv in diesen Diskurs eingebracht. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat gemeinsam mit der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE) von 2009 bis 2013 jährlich ein Symposium veranstaltet, das unterschiedlichen Aspekten der Ökonomisierung gewidmet war: zur Einführung der Fallpauschalen (DRG) (2009), zur Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld zwischen Patientenbedürfnissen und Marktorientierung (2010), zur Medikalisierung im Alltag (2011), zur Kosten- und Nutzenbewertung in der Medizin (2012) und zur Steuerung des Gesundheitswesens (2013).

Bereits vorgängig hat eine SAMW-Arbeitsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» ein Positionspapier zum Thema «Rationierung» verfasst.⁵ Ausserdem hat das von den Akademien der Wissenschaften Schweiz getragene Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» verschiedene Studien lanciert und eine Roadmap veröffentlicht.⁶

4 Vgl. Bisig B, Gutzwiller F (Hrsg.) (2004) Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- und Überversorgung? Band 1: Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. Zürich. Vgl. auch Widmer M, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A (2009) Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. *Health Place*: 18, 15 (3): 761–768.

5 Vgl. SAMW (2007) Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen. Einschätzungen und Empfehlungen; www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Zukunft-Medizin-Schweiz.html

6 Vgl. www.samw.ch/de/Projekte/Nachhaltige-Medizin.html sowie www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html

Auch andere Initiativen teilen die Bemühungen um die Optimierung des Verhältnisses von Patientennutzen und eingesetzten Mitteln. Zu nennen sind etwa die Strategie des Bundesrats «Gesundheit 2020»⁷ wie auch der Bericht «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» der Arbeitsgruppe der Gesundheitsdirektorenkonferenz und des Bundesamts für Gesundheit⁸, das Positionspapier der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zu Bonusvereinbarungen in Spitälern⁹, das Smarter-Medicine-Projekt der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin¹⁰ sowie die Bemühungen um einen Risikoausgleich in der Krankenversicherung, welcher der Risikoselektion besser entgegen wirken kann¹¹.

1.2. Ziele des Gesundheitswesens

Die Ziele des Schweizer Gesundheitswesens sind klar definiert. Mittels der sozialen Krankenversicherung soll für die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung gewährleistet werden (*Versorgungsziel*). Dabei sollen Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen finanziell entlastet, die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, alten und jungen Personen sowie Frauen und Männern gewährleistet (*Solidaritätsziel*) und zugleich die Entwicklung der Gesundheits- bzw. Krankenversicherungskosten eingedämmt werden (*Kostendämpfungsziel*). Die Medizin, die in das Gesundheitswesen eingebunden ist, hat die Aufgabe, auf individueller wie auf Bevölkerungsebene Krankheiten vorzubeugen, Kranke zu heilen und Leiden zu lindern.¹²

7 Vgl. www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de

8 Vgl. www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf

9 Vgl. Meyer B (2013) Boni – die Position der FMH. Schweiz. Ärztezeitung 94; 51–52.

10 Vgl. www.sgim.ch/de/qualitaet/smarter-medicine/; www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/; www.sgim.ch/fileadmin/Dokumente/Medienmitteilungen/Choosing_wisely/SGIM_MM_Choosing_wisely_20131014.pdf

11 Vgl. die Dokumentation des Bundesamts für Gesundheit, www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00295/12845/index.html?lang=de

12 Vgl. den Bericht einer Expertinnengruppe von SAMW, FMH und der fünf Medizinischen Fakultäten «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» im Rahmen des Projekts «Zukunft Medizin Schweiz», www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html, bes. S. 15 und S. 20.

Eine grundlegende Voraussetzung, um diese Ziele zu erreichen, ist der universelle Zugang zu einer Krankenversicherung und damit zu solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen («universal coverage»). Dies ist seit der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 erfüllt – auch wenn dies noch nicht bedeutet, dass es kein Verbesserungspotenzial in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gibt.¹³ Des Weiteren bedarf es für eine qualitativ hochstehende Versorgung entsprechender klinischer Kompetenz. Auch diese ist in der Schweiz zweifellos vorhanden. Mit Blick auf Zugang und Qualität schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich sehr gut ab.¹⁴

Die «Gesundheitswirtschaft» stellt zudem ein wichtiges Standbein der Schweizer Wirtschaft dar. Insgesamt sind rund 540 000 Personen in der Gesundheitswirtschaft beschäftigt; mit der Life-Science-Industrie gehört sie zur wichtigsten Branche der Schweiz. Experten gehen davon aus, dass die Bedeutung weiter zunehmen wird, dies aus drei Gründen:

- «Erstens verändert sich mit dem Wohlstand die Bedeutung der Gesundheit. Sind die basalen Bedürfnisse einmal befriedigt, so wird verstärkt in die eigene Gesundheit investiert.
- Zweitens stehen immer bessere und umfangreichere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.
- Und drittens verstärkt der demografische Wandel der Schweiz die Nachfrage nach Gesundheitsgütern zusätzlich.»¹⁵

Grundlegende politische Richtungsentscheide (Schaffung einer Einheitskasse, Beschränkung der Zulassung, Schliessung von Spitälern usw.) tangieren deshalb immer auch wirtschaftliche Interessen (Arbeitsplätze usw.). Dementsprechend wachsen das Bewusstsein für die Kosten, die eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung verursacht, sowie die Sorge um die Nachhaltigkeit. Der Kostenanstieg ist in den letzten Jahren zwar weniger deutlich ausgefallen als in anderen

13 Auch wenn theoretisch alle in der Schweiz wohnhaften Personen krankenversichert sein müssen, gibt es dennoch einen, wenngleich kleinen, Anteil der Bevölkerung, der nicht versichert ist. Auch werden Versicherten bisweilen Kostenzusprachen durch die Vertrauensärzte der Versicherer verweigert. Zudem ist bekannt, dass in der Schweiz in bestimmten Bereichen tendenziell eine Unterversorgung vorliegt (etwa im Bereich der Psychiatrie oder der Rehabilitationsmedizin), während privat Zusatzversicherte eher übertersorgt werden.

14 Vgl. Kocher G (2012) Gesundheitsversorgung – die Schweiz im internationalen Vergleich. Schweiz. Ärztezeitung 93: 968–71.

15 Vgl. Marty F (2013) Gesundheitswirtschaft als wichtiges Standbein der Volkswirtschaft; Die Volkswirtschaft. Das Magazin für Wirtschaftspolitik.

Ländern, dennoch hat die Schweiz – gemessen an den Ausgaben pro Kopf – eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt.¹⁶ Es sind namentlich die hohe Eigenbeteiligung und die gestiegene Belastung der Haushalte durch Versicherungsprämien, die dem Solidaritätsziel entgegenstehen, hervorzuheben.

Eine gesetzliche Grundlage für die Berücksichtigung der Kosten ist klar gegeben: Das KVG fordert – neben Wirksamkeit und Zweckmässigkeit – Wirtschaftlichkeit (WZW) als Voraussetzung für eine Kostenübernahme im Bereich der Krankenpflegeversicherung. Eine Leistung wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nur gedeckt, wenn sie alle drei Kriterien gleichzeitig erfüllt, das heisst, wenn ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis vorliegt.¹⁷ Dies gilt sowohl für die Zulassung einer Leistung (Aufnahme im Leistungskatalog), als auch für die Durchführung einer Behandlung im Einzelfall (Übernahme der Behandlungskosten). Die Wirtschaftlichkeit umfasst demnach auch die Prüfung, ob eine Behandlung überhaupt sachlich geboten ist.¹⁸

Das Bundesgericht beurteilte die Frage nach zulässigen Behandlungskosten bislang in Relation zum therapeutischen Nutzen: «Je höher der Nutzen, desto höhere Kosten sind gerechtfertigt.» Bei Vorliegen von mehreren zweckmässigen und wirksamen Behandlungsalternativen ist somit jene Leistung zu wählen, die am kostengünstigsten ist, wobei beim Kostenvergleich ausschliesslich die Kosten für die obligatorische Kranken- und Pflegeversicherung betrachtet und gesamt- oder volkswirtschaftliche Betrachtungsweisen nicht berücksichtigt werden. Von diesem Grundsatz abgerückt ist das Bundesgericht im sogenannten «Myozyme-Entscheid», in dem es eine Kostenübernahme für die Behandlung einer Patientin mit Morbus Pompe als unwirtschaftlich mit folgender Begründung ablehnte: *«Die finanziellen Mittel, die einer Gesellschaft zur Erfüllung gesellschaftlich erwünschter Aufgaben zur Verfügung stehen, sind nicht unendlich. Die Mittel, die für eine bestimmte Aufgabe verwendet werden, stehen nicht für andere ebenfalls erwünschte Aufgaben zur Verfügung. Deshalb kann kein Ziel ohne Rücksicht auf den finanziellen Aufwand angestrebt werden, sondern es ist das*

16 Massgeblich für diese Entwicklung war jedoch die gute Konjunktur der Schweizerischen Wirtschaft im Vergleich zur Europäischen, sodass nicht auf eine erfolgte Kostendämpfung im Gesundheitswesen geschlossen werden darf.

17 Vgl. Art. 32 Abs. 1 KVG.

18 Vgl. Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, BBl 19, S. 118.

Kosten-/Nutzen oder das Kosten-/Wirksamkeitsverhältnis zu bemessen. Das gilt auch für die Gesundheitsversorgung und die obligatorische Krankenpflegeversicherung, sowohl im Verhältnis zwischen verschiedenen medizinischen Massnahmen, als auch zu anderen gesellschaftlichen Aufgaben.»¹⁹ Der Entscheid löste intensive Diskussionen aus.²⁰

Auch in anderen Ländern wird mit der Integration von Qualität, Fairness und Kosten gerungen. In den USA zum Beispiel, wo die Senkung der Ausgaben ein dringlicheres politisches Anliegen ist als in der Schweiz, bildet das sogenannte «triple aim» – mit seinen Dimensionen «reducing the per capita cost of health care», «improving the health of populations» und «improving the patient experience of care» – eine wichtige Grundlage für den Patient Protection and Affordable Care Act.²¹ Obgleich Länder unterschiedliche Zugänge wählen, sind doch alle mit der Herausforderung konfrontiert, endliche Ressourcen in der bestmöglichen Weise für die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung einzusetzen.

Das bereits erwähnte Myozyme-Urteil des Bundesgerichts aus dem Jahr 2010 hat die gesellschaftliche Kontroverse um die «Rationierung» (Leistungsbeschränkungen im Bereich potenziell nützlicher Behandlungen) im Gesundheitswesen zusätzlich angefacht. Sind medizinische Massnahmen nicht nur anhand ihrer Wirkung zu beurteilen, sondern auch hinsichtlich aussermedizinischer Faktoren, namentlich dem Verhältnis von Patientennutzen zu den Kosten der Leistungen sowie der Leistbarkeit für alle Patienten in einer vergleichbaren Situation? Während manche Stimmen jede Form der Rationierung als «unnötig», als «moralisches Tabu» oder als anmassende «Lebenswertentscheidung» verstehen, wird inzwischen immer deutlicher, dass ein sorgsamer, gut gerechtfertigter Einsatz begrenzter öffentlicher Ressourcen unvermeidlich und ethisch geboten ist.²² Damit wird zugleich die Frage aufgeworfen, wer entscheiden soll, wann ein Ressourceneinsatz gerechtfertigt ist – Gerichte? Der Gesetzgeber? Welchen Spielraum sollten Versicherer haben? Und was ist eine angemessene Rolle der Ärzte?²³

19 BGE 136 V 395 vom 23. November 2010 Erw. 7.5.

20 Poledna T, Tschopp M (2011) Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts. Jusletter 7, Februar.

21 Vgl. www.ihf.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx

22 Vgl. Arbeitsgruppe «Rationierung» (2007) im Auftrag der Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz».

23 Vgl. hierzu diverse Beiträge in der Schwerpunktnummer «Ressourcenallokation im Gesundheitswesen» des Bioethica Forum 4(3), 2011.

1.3. Medizinische vs. ökonomische Perspektive

Sobald der Leistungsausweis eines Gesundheitswesens nicht allein an der Qualität der erbrachten Leistungen und seinem Beitrag zu den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung, sondern auch an der Höhe der aufgewendeten Mittel gemessen wird, *bedeutet dies, dass zusätzlich zur medizinischen Perspektive der bestmöglichen Versorgung individueller Patienten und der Bevölkerung auch eine ökonomische Perspektive ihre Berechtigung hat.* Die Ökonomie ist zu verstehen als «die Wissenschaft vom Einsatz knapper Ressourcen zur Produktion wertvoller Wirtschaftsgüter durch die Gesellschaft und von der Verteilung dieser Güter in der Gesellschaft»²⁴. Es ist dabei eine volkswirtschaftliche von einer betriebswirtschaftlichen Perspektive zu unterscheiden. Für das Erreichen gesundheitsökonomischer Ziele ist es von Vorteil, wenn beide Ebenen – volkswirtschaftliche Interventionen und ein entsprechendes Management in den Gesundheitseinrichtungen – zusammenarbeiten. In der neoliberalen Auffassung von Marktbeziehungen sind Konflikte zwischen angebotsseitigen (betrieblichen) Interessen (d.h. Gewinnmaximierung) und nachfrageseitigen Interessen (Maximierung des Konsumentennutzens) systemimmanent. Ein wirksamer Wettbewerb stellt in der Regel die notwendige Bedingung dar, damit die «unsichtbare» Hand des Marktes den Zielkonflikt in die Bahnen der höchsten gesellschaftlichen Wohlfahrt lenkt. Im Gesundheitssektor treten sogenannte Marktversagen auf, die dazu führen, dass die Zielkonflikte meistens ungelöst bleiben. Es ist daher von besonderem Interesse zu verfolgen, in welcher Weise sich ökonomische Interventionen sowohl auf der volkswirtschaftlichen Makroebene als auch auf der betriebswirtschaftlichen Mesoebene auf die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung (Mikroebene) auswirken.

Als Konsequenz der verschiedenen Entwicklungen und Auseinandersetzungen hat die Frage nach dem angemessenen Verhältnis von Medizin und Ökonomie in den letzten Jahren verstärkt Beachtung gefunden. So wurde kritisiert, dass Wirtschaftlichkeitserwägungen immer stärker in den klinischen Alltag hineinwirken.²⁵ Dabei wird bisweilen auf frühere Zeiten verwiesen, in denen dem Anschein nach Geldfragen als Tabu galten und Ärzte von ökonomischen Erwägungen freizuhalten waren. Es gibt auch heute Plädoyers die Entscheidungshoheit klinisch Tätiger gegenüber Management, Verwaltung und Ökonomie wieder herzustellen.²⁶ Dabei ist zu bedenken, dass es in der Medizin schon immer ein Ne-

24 Samuelson PA, Nordhaus WD (2007) Volkswirtschaftslehre. mi-Fachverlag. S. 20.

25 Vgl. Harzband P, Gropmann J (2011) The new language of medicine. N Engl J Med 365(15): 1372–3.

26 Vgl. Maio G (2013) Wider die Ökonomisierung der Medizin. Forschung & Lehre 4: 261.

beneinander von Medizin als bezahlter Dienstleistung und Medizin als Fürsorge in existenzieller Not gab. Mit einem verstärkten Fokus auf unternehmerischem Denken, Markt- und Wettbewerbsorientierung droht jedoch der Beziehungsaspekt unterzugehen.

Statt über die «Ökonomisierung der Medizin» zu klagen oder diese passiv hinzunehmen, kann die gegenwärtige Situation als Anlass verstanden und genutzt werden, sich der Ziele im Gesundheitswesen zu vergewissern und Strukturen und Prozesse auf die gewünschten Ergebnisse auszurichten. Dabei sind verschiedene Perspektiven zusammenzubringen, um das gemeinsame übergeordnete Ziel einer nachhaltigen, qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung für alle zu erreichen: die klinische Medizin mit ihrem Fokus auf der individuellen Patientenversorgung; Versorgungsforschung und Public Health, die die Rückbindung an Prioritäten im öffentlichen Gesundheitswesen gewährleisten, sowie Ökonomie und Management, die helfen, die gesetzten Ziele in effizienter und ressourcenschonender Weise zu erreichen. Eine zentrale Rolle nimmt dabei auch die Ethik ein, die hilft, den normativen Rahmen zu bestimmen, Interessen- und Zielkonflikte zu identifizieren und möglichst angemessen damit umzugehen.

1.4. Ökonomisierung der Medizin?

In letzter Zeit sind im Schweizer Gesundheitswesen verstärkt Anstrengungen unternommen worden, die Wirtschaftlichkeit zu fördern. Ein aktuelles Beispiel aus dem stationären Bereich ist die Einführung der Fallpauschalen, verbunden mit einer Organisation der Spitäler in wettbewerbs- und kundenorientierte Unternehmen und einer Effizienzsteigerung durch Spezialisierung und Konzentrierung. Das erklärte Ziel der DRG-Einführung ist ein Beitrag zur Kosteneindämmung durch wirtschaftliche Anreize, die bewirken, dass unternehmerische Kriterien im Spitalbereich vermehrt zum Tragen kommen.²⁷

Wenn es darum geht, das Verhältnis von Medizin und Ökonomie normativ zu bestimmen und die Auswirkungen einer allfälligen Ökonomisierung der Medizin zu beschreiben, sind zunächst die Begrifflichkeiten zu klären. *Ökonomisierung* lässt sich fassen als eine Ausrichtung von Strukturen, Abläufen und eingesetzten Mitteln nach dem Prinzip der Effizienz, d.h. dem Streben nach einem

27 Vgl. www.swissdr.org

möglichst günstigen Verhältnis von Aufwand und Ertrag.²⁸ Eingesparte Ressourcen stehen dem Solidarsystem weiterhin zur Verfügung. Unter *Kommerzialisierung* soll an dieser Stelle ein Streben nach der Maximierung von Gewinnen verstanden werden, die aber nicht im System bleiben, sondern privatisiert werden.

Mittels der Fallpauschalen sollen also gezielt betriebswirtschaftliches Denken und stringentes Management gefördert werden. Dabei stellt sich jedoch die Frage, welche Konsequenzen dieser Fokus für die klinische Praxis und die Patientenversorgung mit sich bringt.²⁹ So hat eine empirische Studie im Zusammenhang mit der Einführung der DRG zeigen können, dass sich Ärzte in ihrer klinischen Tätigkeit genötigt fühlen, stärker ökonomische Belange zu berücksichtigen, als sie das eigentlich mit Blick auf ihre Verantwortung den individuellen Patienten gegenüber wünschen würden.³⁰ Ebenso nimmt mit Bemühungen um mehr Transparenz und Effizienz auch die administrative Tätigkeit zu, sodass die Gefahr besteht, dass die Patientenversorgung zunehmend in den Hintergrund rückt, selbst wenn Ärzte versuchen, durch Überstunden beiden Ansprüchen gerecht zu werden.³¹

Zudem gibt es empirische Hinweise, dass mit DRG Patienten aus wirtschaftlichen Erwägungen aus dem Spital in andere Einrichtungen verlegt werden und nicht, weil dort der beste Behandlungsort für sie wäre.³² Ebenso besteht das Risiko, dass bereits bei der Aufnahme von oder dem Werben um Patienten eine Risikoselektion betrieben wird. Damit wird die Frage: «*Welchen Patienten können wir am besten helfen?*» verkehrt in «*Welche Patienten können uns (ökonomisch) am besten helfen?*» (d.h. welche Patienten sind am profitabelsten). Eine solche

28 Vgl. Porszolt F (2013) Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung. Public Health Forum 21;4.

29 Vgl. Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hg.) (2011) DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. EMH-Verlag. Vgl. auch Biller-Andorno N (2014) Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – eine erste Bilanz. Schweiz. Ärztezeitung 95(6): 16–17.

30 Vgl. Fässler M, Wild V, Clarinval C, Tschopp A, Faehnrich JA, Biller-Andorno N (2014) Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians (Manuscript under Review).

31 Siehe hierzu den Schlussbericht der Begleitstudie anlässlich der Einführung der Swiss-DRG im Auftrag der FMH; www.fmh.ch/files/pdf9/2012_01_04_Begleitstudie_SwissDRG_Langversion_D.pdf

32 Vgl. Meyer B, Golder L, Longchamp C (2014) Hohe Berufsidentifikation trotz steigender Bürokratie. Schweiz. Ärztezeitung 95(1/2): 7–8.

Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation³³ entspricht nicht mehr der ursprünglichen Intention, betriebswirtschaftliches Denken in Gesundheitseinrichtungen mit dem Ziel einer verbesserten Kosteneffizienz zu stärken und die Innovation zu fördern.

Auch andere Versuche, die Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungserbringung zu fördern – so etwa die Budgetmitverantwortung im ambulanten Bereich oder Bonuszahlungen basierend auf Zielvereinbarungen –, sind Gegenstand kontroverser Diskussionen in der Fachwelt wie in der Öffentlichkeit. Durch den ökonomischen Druck auf die Leistungserbringer werden neue Machtverhältnisse, Abhängigkeiten und auch Vulnerabilitäten geschaffen. In dieser Situation ist es wichtig, dass ausreichend Raum für ethische Erwägungen bleibt, die eine Rückbindung an die übergeordneten Ziele im Gesundheitswesen und die professionellen ärztlichen und pflegerischen Standards leisten können.

In der Schweiz wird ein grosser Teil der erbrachten Leistungen durch öffentlich-rechtliche Ausgaben (etwa 70%) erbracht. Dieser Bereich fusst auf einem sorgsamem Umgang mit Mitteln und einem Rückfliessen von Gewinnen in das System. Zugleich gibt es in der Schweiz eine Mischung von Markt- und Planelementen, basierend auf der Annahme, dass die Medizin vielfältig ist und für manche Angebote ein Markt besser geeignet ist als für andere. Kommerzielle Initiativen und unternehmerische Dynamik können durchaus Impulse für Innovationen und Verbesserungen setzen. Der Kommerzialisierung sind jedoch dort Grenzen zu setzen, wo das öffentliche System unter dem Strich an Ressourcen verliert, zum Beispiel, indem lukrative Sektoren aus dem Gesundheitssystem «abgeschöpft» werden, während die «schlechten Risiken» im öffentlichen Teil verbleiben. Wichtig ist also, dass das Solidarsystem nicht durch ein Streben nach privaten Profiten – insbesondere durch eine Kommerzialisierung im Bereich des Leistungsspektrums der obligatorischen Krankenpflegeversicherung – gefährdet wird.

33 Vgl. Kühn H, Simon M (2001) Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung. Abschlussbericht eines Forschungsprojekts der Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FK: 01 EG 9525/8). Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Die Ökonomisierung kann auch dann der Gesundheitsversorgung abträglich sein, wenn sie im Falle eines übertriebenen Effizienzstrebens dazu führt, dass Qualität und Patientenorientierung in den Hintergrund treten.³⁴ Effizienz kann durch unterschiedliche Mechanismen gesteigert werden: So setzt ein begrenztes Budget einen Anreiz, möglichst gut mit den limitierten Mitteln zu wirtschaften.³⁵ Dieser Mechanismus liegt den Fallpauschalen, aber auch manchen Formen der traditionellen «Managed Care» zugrunde, die mit einem «Capitation-System» arbeiten. Ein solches System kann, wenn es nicht gut austariert ist, einen Anreiz zur Unterversorgung bieten. In der Schweiz hat man mit Schattenbudgets und gleichzeitiger Abrechnung nach TAR MED eine Weise gefunden, wie Anreize zu Über- und Unterversorgung ausbalanciert werden können.³⁶

Ein weiterer Mechanismus zur Effizienzsteigerung ist die Förderung von Wettbewerb. Im positiven Fall kann ein Wettbewerb um Qualität dazu führen, dass viele Teilnehmer ihre Leistung verbessern. Eine verstärkte Wettbewerbsorientierung kann jedoch auch dazu führen, dass vornehmlich Patienten in die stationäre Spitalbehandlung aufgenommen werden, die kostengünstig mit gutem «Outcome» zu behandeln sind. Aus der Perspektive des Gesamtsystems werden auf diese Weise weder Kosten gespart noch die Behandlungsqualität insgesamt verbessert, sodass der Wettbewerb in diesem Fall unsinnig geworden ist.³⁷

Boni für Leistungserbringer, die an bestimmte Zielvorgaben hinsichtlich Produktivität und/oder Qualität gekoppelt sind, stellen einen weiteren Mechanismus zur Effizienzsteigerung dar. Auch diese können, je nachdem wie sie gehandhabt werden, die Effizienz steigern, wirkungslos sein oder sich als falsche Anreize («perverse incentives») auswirken.³⁸ Weitere mögliche Mechanismen

34 Vgl. Kettner M, Koslowski P (Hrsg.) (2011) Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit? Wilhelm Fink Verlag. Vgl. auch Manzeschke A (2013) Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen in: Dengler K, Fangerau H (Hrsg.) Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen, Bielefeld: Transcript: 223–246.

35 Zumindest solange eine Vielfalt von Angeboten besteht und die Outcomes (und damit die Wirkung der eingesetzten Mittel auf die Gesundheit der Patienten) erfasst und einer kritischen Überprüfung zugänglich gemacht werden.

36 Vgl. Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I (2011) Integrated Care Organizations in Switzerland. International Journal of Integrated Care 11.

37 Vgl. Binswanger M (2011) Unsinnige Wettbewerbe. Freiburg: Herder.

38 Vgl. Biller-Andorno N, Lee TH (2013) Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose. N Engl J Med 368: 980–982.

sind: Förderung des Kostenbewusstseins durch gemeinsame Kostenverantwortung, «lean management»³⁹, Rationalisierung, Benchmarking, Spezialisierung und Standardisierung.

Um negative Effekte der Ökonomisierung zu vermeiden, ist es wichtig, die Reduktion von Ausgaben oder die Steigerung von Effizienz nicht als Selbstzweck zu verstehen, sondern an das übergeordnete Ziel einer Steigerung des Patientennutzens im Verhältnis zu den aufgewendeten Mitteln zu verstehen. Dieses Konzept von «value»⁴⁰ verknüpft «Patientennutzen»⁴¹ und Kosten. Es geht also nicht darum, «besser oder billiger» oder «billiger, aber dafür ein wenig schlechter» zu werden, sondern «billiger, weil besser».⁴² Eine genuine Verbesserung der Behandlungsqualität – mit Bezug auf die individuelle Patientenerfahrung und/oder die Orientierung an den gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung – führt somit zu Einsparungen, aber nicht auf Kosten von Qualität und Fairness, sondern aufgrund einer besseren, bedürfnisgeleiteten Versorgung.

Das Spannungsverhältnis zwischen individueller Patientenerfahrung und -nutzen einerseits und Nutzen für die Bevölkerung andererseits wirft zudem folgende ethisch heikle Frage auf: Inwieweit ist es vertretbar, bei der Berücksichtigung der Kosteneffektivität von medizinischen Massnahmen die Maximierung des Gesamtnutzens an oberster Stelle zu setzen? Dies kann durchaus zur Folge haben, dass Menschen am Lebensende (alte und schwerkranke Menschen bzw. Sterbende), Patienten mit einer mit seltenen Erkrankungen (wie Morbus Pompe) sowie Patienten mit einer chronischen Erkrankung mit geringen therapeutischen Möglichkeiten das Nachsehen haben, weil die medizinische Betreuung eine geringe Kosteneffektivität aufweist.

39 Zur Begriffsklärung vgl. Glossar im Anhang. Charles Kenney (2010) Transforming Healthcare: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience. Productivity Press.

40 Vgl. Porter M (2010) What is Value in Health Care? N Engl J Med 363: 2477–2481.

41 Wie «Patientennutzen» zu definieren und vor allem zu messen ist, ist nicht trivial. «Nutzen» kann als Qualität der individuellen Behandlung verstanden werden, aber auch als Orientierung an Bedürfnissen (responsiveness to health needs), statt Patienten mit dem zu versorgen, was nahe liegt, was man gut kann oder was sich gut abrechnen lässt. Auch wie der Nutzen quantitativ erfassbar ist, ist Gegenstand wissenschaftlicher Kontroversen. Siehe hierzu auch das Konzept zur Stärkung der Versorgungsforschung in der Schweiz, erstellt von der SAMW zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (2014) www.samw.ch/de/Aktuell/News/mainColumnParagraphs/010/detail_files/file/SAMW_Versorgungsforschung_1.pdf

42 Vgl. McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES (2010) A national strategy to put accountable care into practice. Health Affairs 29(5): 982–90.

Im Sinne eines Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass Medizin immer auch eine ökonomische Dimension hat. Wichtig ist, diese zu erkennen, transparent mit ihr umzugehen und dafür Sorge zu tragen, dass ökonomische Erwägungen und Interventionen nicht dem Ziel einer finanziell nachhaltig leistbaren, qualitativ hochstehenden Versorgung im Wege stehen – sondern im Gegenteil, diese nach Möglichkeit befördern bzw. im gewünschten Sinne gestalten. Zugleich ist dafür Sorge zu tragen, dass wirtschaftliche Partikularinteressen nicht übergeordnete Versorgungsziele kompromittieren und dass Aspekte der Medizin, deren Nutzen ökonomisch nur eingeschränkt bewertbar ist, wie das Aufbauen und Erhalten einer vertrauensvollen und loyalen therapeutischen Beziehung, nicht «wegrationalisiert» werden.

2. Medizin und Ökonomie: Problemfelder im klinischen Alltag

Idealerweise trägt die Ökonomie dazu bei, die – politisch gesetzten – Ziele im Gesundheitswesen in effizienter Weise zu erreichen. Im Schweizer Kontext, in dem es nicht primär um eine Senkung der Ausgaben, sondern um einen sinnvollen Ressourceneinsatz geht, bedeutet dies, durch eine Verbesserung der Versorgungsqualität – mehr Patientenorientierung, bessere Koordination der Abläufe, Integration der Versorgung über den Behandlungspfad hinweg usw. – oder durch das Vermeiden unnötiger Ausgaben eine Kostendämpfung zu erreichen. Dennoch kann es in der Umsetzung dazu kommen, dass sich Mechanismen der Effizienzsteigerung wie Globalbudgets, Wettbewerb und Anreize negativ auf die Patientenversorgung und den klinischen Alltag auswirken.

Es geht nun darum, mögliche problematische Auswirkungen zu erkennen, um ihnen begegnen oder, besser noch, diesen vorbeugen zu können. Im Folgenden sollen relevante Problemfelder skizziert und teilweise durch Fallbeispiele illustriert werden.⁴³ Die Felder überlappen zum Teil; sie sind als Puzzleteile mit unscharfen Rändern zu denken, die gemeinsam mögliche Bilder einer exzessiven oder fehlgeleiteten Ökonomisierung des klinischen Alltags ergeben. Auch die Fallbeispiele beinhalten oft mehrere der aufgeführten Problemfelder.

2.1. Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung

Bisweilen wird das Gebot, die Effizienz zu steigern, missverstanden als Versuch, möglichst viele Ausgaben einzusparen. Die Steigerung von Effizienz meint jedoch das Erreichen dieses Ziels mit reduziertem Aufwand (zum Beispiel durch das Weglassen nutzloser Interventionen) und nicht das Aufgeben oder Nivellieren des Ziels, um weniger Ausgaben verbuchen zu müssen. Besonders problematisch ist die Maximierung von Profiten unter dem Vorwand, die Effizienz steigern und deswegen Ausgaben einsparen zu müssen.

Es besteht die Gefahr, dass gerade im Bereich der Pflege zum Zwecke der Effizienzsteigerung Personalressourcen wegfallen und Zeit für die direkte Patientenbetreuung verloren geht. Arbeitsprozesse lassen sich jedoch nicht beliebig

43 Die Fallbeispiele stammen von Mitgliedern der Arbeitsgruppe.

verdichten, ohne – besonders längerfristig – deutliche Qualitätseinbussen hinnehmen zu müssen. Dies führt die RN4CAST-Studie⁴⁴ eindrücklich vor Augen, die zeigen konnte, dass die Mortalität von Patienten im Spital mit der Anzahl Patienten, die eine Pflegefachperson insgesamt zu versorgen hat, signifikant steigt. Umgekehrt hat sich erwiesen, dass mit der Anzahl qualifizierter Pflegepersonen die Mortalität von Patienten sinkt.⁴⁵ In sogenannten Magnet-Spitälern, die durch Pflegende mit hoher Fachkompetenz, grosse Arbeitszufriedenheit und geringe Fluktuationsraten sowie einen angemessenen «skill mix» gekennzeichnet sind, scheint auch der Anteil an «missed nursing care», also erforderlicher Pflegearbeit, die nicht (vollständig) geleistet werden kann, deutlich geringer zu sein.⁴⁶ Auch die interprofessionelle Kollaboration beeinflusst das Behandlungsergebnis.⁴⁷ So scheinen personelle Ressourcen, Behandlungsqualität, gute Teamarbeit und Arbeitszufriedenheit ineinanderzugreifen: Wenn ausreichend gut qualifizierte Pflegefachpersonen vorhanden sind, ist das Behandlungsergebnis gut, die Zufriedenheit bei Patienten und Personal hoch und die Personalfluktuatation gering, was das gute Behandlungsergebnis positiv und nachhaltig verstärkt. Umgekehrt kann sich ein zu geringer Personalschlüssel und ein ungünstiger «skill mix» negativ auf die Arbeitsmotivation und die Bindung von motivierten Mitarbeitern auswirken und nicht zufriedenstellende Behandlungsergebnisse weiter verschlechtern.

.....

Frau B., 72-jährig, wurde nach Sturz notfallmässig an der Hüfte operiert und sollte postoperativ als Prophylaxe von Druckstellen und Pneumonie zwei- bis dreimal täglich aus dem Bett mobilisiert werden. Weil sie sehr unsicher und schwindelanfällig ist, reicht eine Person für die Mobilisation nicht. Frau B. wird immer weniger mobilisiert, und als sie die Pflegende darauf anspricht, sagt diese: «Ich habe jetzt im Moment absolut keine Zeit für Sie. Einfach keine Zeit.» Für sich denkt die Pflegende: «... und da habe ich gedacht: Was bist Du für eine Person, dass Du jetzt eine Patientin einfach im Bett liegen lässt. Das ist ethisch einfach nicht vertretbar. Wenn die Frau jetzt eine Lungenentzündung bekommt, weil ich sie hab' liegenlassen ... Aber es ist nicht anders gegangen. Da gehe ich so unzufrieden heim und denke, ich bin nie so gewesen. Und ich habe gedacht, ich habe mit Freuden den Beruf vor vielen Jahren gelernt und heute bin ich soweit ...».

.....

44 Vgl. www.rn4cast.eu

45 Vgl. Aiken LH, Sloan DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, published online February 26.

46 Vgl. Kalisch BJ, Lee KH (2012) Missed nursing care: Magnet vs. non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook* 60: E 32 - E 39.

47 Vgl. Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R (2010) Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140, w13062.

2.2. Interessenkonflikte

Ärzte und Pflegende erleben in ihrem Alltag, dass sie entweder im Sinne ökonomischer Interessen – ihres Arbeitsgebers oder ihrer eigenen – oder des Patientenwohls agieren können. Damit geraten sie in einen Interessenkonflikt. Solange es bei ökonomischen Interessen um privaten oder rein betriebswirtschaftlich motivierten Gewinn geht, ist klar, dass das Patientenwohl das primäre Interesse sein sollte. Schwieriger ist es, wenn die ökonomischen Interessen Ausdruck eines sorgsamsten Umgangs mit knappen Ressourcen («stewardship») sind. Dann mag es sich in der Tat um eine duale Verantwortung («dual responsibility») handeln.⁴⁸ Dabei sollte in diesem Fall das ökonomisch Gebotene nicht mit einer qualitativ hochstehenden Patientenversorgung kollidieren. Wenn dennoch ein Konflikt besteht, lohnt sich eine genauere Analyse – eventuell mit Unterstützung durch ein geeignetes Gremium –, ob zum Beispiel Anreize fehlerhaft konzipiert sind.

Konflikte können ebenso auf der Managementebene auftreten, wenn betriebswirtschaftliche Interessen mit volkswirtschaftlichen Zielen kollidieren. So mag zum Beispiel ein stationärer Aufenthalt für das Gesundheitswesen teurer (und für den Patienten belastender und risikoreicher) sein, aber für das Spital lukrativer. Andererseits gibt es auch Patientengruppen, die im jetzigen DRG-System unterfinanziert sind (z.B. demenzkranke, polymorbide Menschen) und deren Hospitalisation damit gerne vermieden bzw. unter ungebührlichen Qualitätseinbußen verkürzt wird. Fraktionierte Vergütungssysteme wirken so als Hemmschuh für eine patientenzentrierte integrierte Versorgung. Es ist zu vermuten, dass in einem profitorientierten Unternehmen diese Arten von Interessenkonflikten noch massiver auftreten werden als in einer öffentlichen Einrichtung, die nicht nach privaten Gewinnen, sondern einer ausgeglichenen Bilanz strebt und dazu einen Versorgungsauftrag für die Allgemeinbevölkerung wahrzunehmen hat. Allerdings können Kostenrechnungssysteme mit expliziten Zielvorgaben sehr schnell auch die Logik von öffentlichen Spitälern jener von profitorientierten Einrichtungen angleichen.

48 Die Verhandlungen, die Ärzte bisweilen mit Versicherern bezüglich der Erstattungsfähigkeit von Leistungen für ihre Patienten führen, ist ein Beispiel für das Konfliktfeld von Patientenwohl, betriebs- und volkswirtschaftlichen Interessen. Vgl. Wynia M.K. Cummins D.S. VanGeest JB Wilson IB. (2002). Physician manipulation of reimbursement rules for patients: between a rock and a hard place. JAMA, 283(14): 1858 – 65.

Eine wichtige Perspektive auf Interessenkonflikte ist das Konzept der «institutional corruption», das sich über das individuelle Handeln hinaus systemischen Merkmalen oder Praktiken zuwendet, die die Ziele einer Institution oder ihre Integrität unterminieren können.⁴⁹ So kann der Auftrag eines Spitals oder Ärztenetzes, zur Gesundheit der Bevölkerung beizutragen, durch Gewinnstreben und Orientierung an Quartalsabschlüssen unterlaufen werden. Die Folge sind dann selektive Überversorgung finanziell attraktiver Populationen bzw. Erkrankungen und eine Vernachlässigung anderer Patienten, die weniger «gewinnträchtig» sind. Fehlanreize können auch durch die ins heutige Gesundheitswesen eingeführten «Wettbewerbselemente» entstehen, beispielsweise im Bereich der Mindestfallzahlen, was zu einer Indikationsausweitung beitragen kann.

.....
 Die 93-jährige Frau V. S. wurde wegen Brustschmerzen einem Zentrumsspital zugewiesen. Sie bekam eine Koronarografie, die keine wesentliche Pathologie an den Herzkranzgefäßen zeigte, und die Brustschmerzen wurden als «atypisch» beurteilt. Wegen eines AV-Blocks zweiten Grades wurde ein Herzschrittmacher implantiert. Dabei kam es zu Komplikationen, die eine Eröffnung des Brustraumes erforderte (Thorakotomie). Nur drei Tage nach Entlassung aus der Intensivstation wurde die 93-jährige Frau «wegen Bettenmangels» aus dem Spital nach Hause entlassen. Einige Tage später wurde sie vom Hausarzt einer anderen Klinik wieder zugewiesen wegen Schmerzen im Bereiche der Brustnarbe und völliger Entkräftung.

2.3. Aushöhlung des Fürsorgemodells in der Arzt- bzw. Pflegende-Patienten-Beziehung

Die Beziehung von medizinischen Fachpersonen und Patienten lässt Raum für verschiedene Modelle. So gibt es den Dienstleistungsaspekt: Ein wohlinformierter, urteilsfähiger Patient wünscht eine bestimmte Dienstleistung, die sein Gegenüber ihm in professioneller Weise anbietet. Daneben gibt es jedoch auch das Fürsorgemodell, das häufig als Kern professionellen Tuns verstanden wird: Ein Arzt/eine Pflegefachperson wendet sich einem Menschen in Not zu und setzt seine Kompetenz, seine Erfahrung und sein Wissen ein, um diesem zu helfen. Dieses Sich-Einlassen auf die Bedürftigkeit des Anderen kann durch Zeitknappheit und finanzielle oder sonstige Vorgaben gestört werden. Bisweilen braucht es Zeit, sogar Musse, um bestimmte Aufgaben wirklich verrichten zu können.⁵⁰

49 Vgl. Rodwin MA (2013) Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry. *Journal of Law, Medicine and Ethics* 41: 544.

50 Vgl. hierzu einen Vortrag von Mark Mäder, «Die Entdeckung der Langsamkeit»: www.uibk.ac.at/wuv/pdf/wir_sind_viel_zu_wenig_langsam.pdf

Gerade bei geriatrischen Patienten, besonders wenn psychosoziale Schwierigkeiten hinzukommen, ist oftmals ein erhebliches Mass an Engagement gefordert.⁵¹

Wenn im Zuge einer Standardisierung und Industrialisierung Arbeitsprozesse immer weiter verdichtet und komprimiert werden, kann der Medizin etwas Wesentliches in der Beziehung zum individuellen Patienten und in Bezug auf die Qualität der dem individuellen Patienten angepassten Behandlung verloren gehen. Dies wird über den Anstrengungen der Effizienzsteigerung nicht selten übersehen. Der Verlust ist dann besonders bedenklich, wenn der Grund für bestimmte Einsparungen nicht in der Knappheit öffentlicher Mittel, sondern im Erzielen von nicht gerechtfertigten privaten Gewinnen liegt.⁵² Dabei ist es häufig nicht so, dass es am guten Willen einzelner Versorger mangelt, das Beste für ihre Patienten zu tun. Auch strukturelle Faktoren, die auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt sind, können eine fürsorgliche Beziehung erschweren.

.....
Eine mit ihrem Ehemann zusammen lebende 75-jährige dialysepflichtige Patientin musste innert zweier Monate viermal aufgrund wechselnder Beschwerden wiederholt hospitalisiert werden. Die Hospitalisationen dauerten jeweils DRG-gerechte zwei bis max. 14 Tage.

Dem betreuenden Nephrologen wurde klar, dass das Betreuungsnetz zu Hause (inkl. ihres Ehemannes) erschöpft ist und nur eine Platzierung in einer Institution die Kaskade der Notfallhospitalisationen durchbrechen und der Patientin eine stabile Betreuung und damit eine gute Lebensqualität sicherstellen konnte. Er wusste aber auch um das Nichteinverständnis der Patientin mit einer Pflegeheimplatzierung. Er wies sie deshalb elektiv einer akutgeriatrischen Klinik zu wegen zunehmender Dekompensation der häuslichen Pflege bei mehrfachen Stürzen mit der Bitte um Klärung des sozialen Prozederes.

Der Verlauf bei der imperativ den Austritt nach Hause fordernden Patientin war geprägt von immer wieder wechselnden Beschwerden, von Unkooperativität und irrealen Vorstellungen. Eine sechseinhalb Wochen dauernde Hospitalisation mit mehreren Familiengesprächen, einem diagnostischen Hausbesuch zwecks Konfrontation mit der Realität und dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses führte schliesslich zu einer einvernehmlichen Platzierung der Patientin in einem Pflegezentrum. Die Kaskade der Notfallhospitalisationen wurde unterbrochen, der erschöpfte Ehemann wurde nicht krank, die Lebensqualität verbesserte sich, Probleme an der Dialyse wurden deutlich geringer. Die Patientin musste seither auch nie wieder hospitalisiert werden.

51 Vgl. Grob D (Hrsg.) (2013) Alt und krank – Akutgeriatrie zwischen Fürsorge und Autonomie. Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

52 Vgl. Heubel Kettner M Manzeschke (2012) Die Privatisierung von Krankenhäusern – ethische Perspektive. Ethik in der Medizin, Vol. 24; Issue 1: 85 – 86.

Die lange Hospitalisationsdauer führte im Fallpauschalensystem zu einer «High-Outlier»-Situation, womit systemkonform der Krankenkasse höhere Kosten als die übliche Fallpauschale verrechnet wurden. Die Kasse lehnte die Übernahme der Rechnung mit dem Hinweis ab, dass eine Abklärung (der sozialen Situation) und Familiengespräche nicht in einem akutsomatischen Setting hätte erfolgen müssen. Die Dauer der Hospitalisation hätte deutlich gekürzt werden können.

2.4. Verlust der intrinsischen Motivation

Die Verhaltensökonomie versteht unter intrinsischer Motivation ein Handeln, das durch nichts weiter belohnt wird als die Tätigkeit selbst. Diese Motivation kann durch extrinsische Faktoren (Anreize) positiv verstärkt oder auch geschwächt werden, bis zum extremen Fall, dass die intrinsische Motivation vollständig verdrängt und durch extrinsische Faktoren ersetzt wird. Dieses Resultat aber bedeutet Abhängigkeiten (von demjenigen, der die Belohnungen vergibt) und damit einen Verlust an Selbstbestimmung. Dies wiederum kann eine Verminderung des Selbstbewusstseins bewirken.⁵³ Durch das Problem der Arbeitsverdichtung, die durch zunehmende Zahl an Patienten bei gleichzeitig abnehmender Verweildauer im Spital bedingt ist, nehmen die Arbeitsbelastung insgesamt zu und die Zeit für die Betreuung der einzelnen Personen ab. Diese Entwicklung steht dem Wunsch entgegen, Menschen nicht nur die notwendige Mindestversorgung zu gewährleisten, sondern auch auf die Patienten einzugehen und diese ganzheitlich zu betreuen. Hier leidet die intrinsische Motivation der Pflegefachpersonen, da der Hauptbeweggrund für die Berufswahl in der Praxis kaum noch Geltung findet.⁵⁴ Gesundheitsberufe erscheinen vielen auch deswegen attraktiv und stehen traditionellerweise in hohem Ansehen, weil die Menschen, die sie ausüben, nicht nur ein hohes Mass an Expertise und Verantwortungsbewusstsein brauchen, sondern auch, weil die Tätigkeit, Mitmenschen helfen zu können, unmittelbar erfüllend ist.

53 Vgl. Frey B (2012) Crowding Out and Crowding In of Intrinsic Preferences. In Brousseau E, Dedeurwaerdere T, Siebenhüner B (eds.) (2012) Reflexive Governance for Global Public Goods. MIT Press.

54 Vgl. Bartolomeyczik S (2007) Reparaturbetrieb Krankenhaus: DRG's und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege in «Medizin und Gewissen» der IPPNW. 21. Oktober 2006. Universität Witten.

2.5. Deprofessionalisierung

In letzter Zeit ist viel von «professionalism» die Rede, der professionellen Rolle und den professionellen Werten von im Gesundheitswesen Tätigen. Die Ökonomisierung wird als Bedrohung des ärztlichen und pflegerischen Professionalismus erlebt. Der «medical professionalism» kennzeichnet die Ärzteschaft als freien Stand, der sich selbst sein Berufsethos gibt und eine professionelle Autonomie zur Berufsausübung in Anspruch nimmt. Zum anderen wird «medical professionalism» auch verstanden als «Herz und Seele der Medizin», bei der es um mehr geht als um eine Befolgung ethischer Standards, sondern um den Ausdruck dessen, was Ärzte ursprünglich zu ihrem Beruf hingezogen hat: Der Wunsch, anderen Personen und der Gesellschaft durch eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu helfen.⁵⁵

Ausdruck des durch die Ökonomisierung bedrohten Professionalismus bzw. einer Deprofessionalisierung des Arztberufes ist der heute schon recht etablierte Begriff des «medizinischen Leistungserbringers»: Ärztliche Tätigkeit wird begrifflich reduziert auf die Erbringung einer medizinischen Leistung. Damit geht ein Transfer ökonomischen Denkens ans Krankenbett einher. Entsprechend werden Patienten nicht mehr nur als «Behandlungsbedürftige» wahrgenommen, sondern auch als «Kostenfaktoren».

Deprofessionalisierung ist ein Symptom zunehmender Fragmentierung und Spezialisierung in der gesundheitlichen Versorgung und zeigt sich, wenn Ärzte an Eigenverantwortung und Selbständigkeit verlieren und sich in die Abhängigkeit anderer begeben.⁵⁶ Dies können Juristen sein, die entscheiden, was indiziert ist; Versicherer, die beurteilen, was erstattungsfähig ist; Ethiker, die sich dazu äussern, was moralisch geboten ist, oder Manager, die (mit-)bestimmen, was in der betreffenden Gesundheitseinrichtung unter einer guten – kosteneffektiven – Medizin zu verstehen ist. Aber auch die Medizin selbst treibt eine Deprofessionalisierung voran, indem sie immer weitere Subspezialisierungen hervorbringt, die zu mehr Interdependenzen in der Patientenbehandlung führen. Ärzte werden damit zu Ausführenden, mit der Gefahr einer zunehmenden Orientierung an externen Massstäben und einer Loslösung vom professionseigenen Ethos.

55 Vgl. die Erläuterungen der ABIM Foundation:
www.abimfoundation.org/Professionalism/Medical-Professionalism.aspx

56 Vgl. Unschuld P (2009) *Ware Gesundheit*. München. C.H. Beck.

Dieser Perspektive kann kritisch entgegen gehalten werden, dass in einem modernen Gesundheitssystem, das ein zukunftsfähiges Professionalisierungsverständnis beinhaltet, gemeinsame Entscheidungsprozesse unter Beteiligung anderer (professionalisierter) Berufsgruppen gefordert werden. Allerdings darf die damit verbundene Verschiebung der Machtverhältnisse von den Ärzten hin zu anderen Berufsgruppen nicht unterschätzt werden, denn dies bedeutet auch eine Neuverteilung von Verantwortung.

Ärzte, Pflegefachpersonen und Therapeuten müssen sich bewusst sein, dass sie die gute Qualität einer medizinischen Behandlung verantworten – kein Spitalökonom, der Druck auf sie ausübt, wird je in die Lage kommen, sich für medizinisch fragwürdige Entscheide, die rein aus ökonomischen Gründen getroffen werden, rechtfertigen zu müssen.

.....
 Eine internistische Oberärztin fragt ihren Chefarzt auf der Visite, ob man bei «diesem» Patienten eine Chemotherapie beginnen dürfe. Die Nachfrage nach dem Motiv für diese Frage ergibt, dass die Oberärztin sich wegen der Kosten sorgt, im Wissen darum, dass bei diesem Allgemeinversicherten, aktuell klar akutspitalbedürftigen Patienten, die stationäre Anwendung eines hochteuren Zytostatikums zu einem betriebswirtschaftlichen Defizit führt. Die medizinische Indikation zur Therapie wurde vorgängig im Kontext des Tumorboards interdisziplinär befürwortet. Die Frage führt zu einer ökonomischen Abklärung in der Apotheke und bei der medizinischen Controllerin.

2.6. Verzerrung medizinischer Prioritäten

Die Qualität der Gesundheitsversorgung ist nicht allein auf technische Aspekte beschränkt. Auch die Qualität der Indikationsstellung spielt eine zentrale Rolle. Die Herausforderung – in der individuellen Behandlung, wie auch im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt – besteht darin, trotz möglicher Fehlanreize weder auf Seite der Unterversorgung noch der Überversorgung zu irren. So mag es für die Behandlung einer seltenen Hautkrankheit dringenden Bedarf an spezifischer Expertise geben, doch findet sich kein Zentrum, das bereit ist, diese Funktion zu übernehmen, weil die Vergütung nicht kostendeckend ist. Ebenso ist bekannt, dass im Bereich der Psychiatrie, der Rehabilitationsmedizin und teilweise in der Geriatrie in der Schweiz Versorgungslücken bestehen.⁵⁷

57 Vgl. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hrsg.) (2007) Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Basel.

Auf der anderen Seite trübt das immer breiter werdende Angebot von neuen Behandlungen gerade auch die Klarheit, was medizinisch prioritär ist und was nicht. Paradoxe Weise waren Prioritäten früher – in der damaligen «Einfachheit» der Medizin – klarer als heute. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse bescheren uns in der Behandlung von Patienten gelegentlich mehr Unsicherheit als Klärung. Davon zeugen beispielsweise die aktuellen Diskussionen zum Pro und Kontra von Screeninguntersuchungen des Mammakarzinoms oder des Prostatakarzinoms. Hinzu kommt, dass bei unklaren medizinischen Prioritäten das aktive Mitentscheiden der Patienten und Einbeziehen ihrer individuellen Prioritäten gegenüber früher einen noch höheren Stellenwert erhält.⁵⁸

Zum dritten gibt es der Standardisierung gut zugängliche, mit Blick auf Komplikationen relativ gut zu beherrschende Interventionen mit einem hohen Anteil privatversicherter Patienten, auf die sich mehr Einrichtungen spezialisieren als notwendig, mit dem Effekt, dass die Zahl der durchgeführten Interventionen innerhalb weniger Jahre deutlich nach oben geht.

.....
 Ein Spital fällt bei einer Studie eines Krankenkassenverbands durch seine hohe Zahl von teuren Computertomographie-(CT-)Untersuchungen auf. Das Spital unternimmt zwar den Versuch, die hohen Zahlen durch den Verweis auf seine Intensiv- und Notfallstation zu rechtfertigen, doch auch wenn dies berücksichtigt wird, bleibt der Einsatz von CTs unverhältnismässig hoch. Angesichts der relativ hohen Strahlenbelastung durch CTs gerät das Spital dadurch in die Kritik von Verbraucherschutzorganisationen.

2.7. Vertrauensverlust der Patienten

Das Vertrauen der Patienten in die sie behandelnden Ärzte und die Medizin allgemein ist ein hohes Gut, das, einmal verloren, nur mühsam wieder herzustellen ist. Sobald Patienten jedoch – zu Recht oder zu Unrecht – mutmassen, dass sie als «Melkkühe» für die sie versorgenden Ärzte oder Einrichtungen dienen, ist das Vertrauen verspielt. Ein wichtiger Prüfstein für die Frage nach der Angemessenheit finanzieller Anreize könnte daher sein: «Könnte ich das meinen Patienten erklären?» Auf die Dauer wird sich der Versuch, dem Patientenwohl zuwiderlaufende Interessen vor Patienten zu verbergen, nicht aufrechterhalten lassen. Offenheit und eine kritische Prüfung der Angemessenheit von Vergütungsstrukturen und Anreizen ist von daher geboten.

58 Vgl. Barry MJ (2012) Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New Engl J Med*; 366: 780 – 1.

.....
Eine 86-jährige, privatversicherte Frau wird an einem Wochenende wegen akut exazerbierter Schmerzen im Beckenbereich hospitalisiert. Unter starker analgetischer Medikation kommt es zu einem nächtlichen Sturz mit Kopfverletzung jedoch ohne Bewusstseinsverlust. Eine Rissquetschwunde wird chirurgisch versorgt. Am Montagmorgen, über 36 Stunden nach dem Unfallereignis, verordnet der behandelnde Arzt ein CT. Dieses wird von der Patientin, die völlig klar und ohne neurologische Symptome ist, verweigert. Am folgenden Morgen meldet der Assistenzarzt, dass eine Anämie diagnostiziert worden sei und deshalb eine Gastroskopie und eine Kolonoskopie durchgeführt werden müssen. Die Patientin berichtet, dass seit vielen Jahren eine Anämie bekannt sei, die vom Hausarzt von Zeit zu Zeit mit Vitamin-B12-Injektionen behandelt werde, und fragt, warum einfach Untersuchungen verordnet würden, ohne vorher eine genaue Anamnese zu machen. Der Assistenzarzt antwortet treuherzig, dass er die Weisung habe, möglichst viele Zusatzuntersuchungen durchzuführen.
.....

3. Mögliche Ansatzpunkte für die Integration medizinischer und ökonomischer Ziele

Wenn es darum geht, «value» im Gesundheitswesen zu steigern, also den Patientennutzen im Verhältnis zu den aufgewendeten Mitteln, dann ist eine Integration medizinischer Ziele – des verbesserten Nutzens für den individuellen Patienten sowie für die Gesamtbevölkerung – und ökonomischer Ziele – die Steigerung der Kosteneffizienz – unabdingbar. Das am Ende des Kapitel 1 erwähnte Konzept des «triple aim», das individuelle Patientenerfahrung, die Gesundheit der Bevölkerung und Kosteneffizienz als Dimensionen eines gemeinsamen Ziels fasst, veranschaulicht sehr gut, dass das Gesamtziel nicht erreicht werden kann, wenn auch nur eine Dimension wegfällt. Das bedeutet nicht, dass sich Ökonomen, Ärzte und Pflegepersonal immer einig sind, wie das Gesamtziel genau zu definieren und zu erreichen sei. Eine kontinuierliche, konstruktive Auseinandersetzung ist dafür notwendig, sowohl auf der Makroebene des gesamten Gesundheitssystems als auch auf der Ebene der einzelnen Gesundheitseinrichtungen, die zur Umsetzung des Ziels beitragen.

Ökonomisches Denken in der Medizin ist somit im Sinne eines nachhaltigen Gesundheitssystems wünschenswert, darf sich aber nicht als Bedrohung für eine «gute» Medizin auswirken. Die Ethik kann helfen, mögliche Wert- oder Zielkonflikte – zum Beispiel zwischen Effizienz und Fürsorge – zu lösen. Dabei kann es hilfreich sein, sich – trotz unterschiedlicher Positionen in einzelnen Fragen – auf einen Konsens oder eine gemeinsam geteilte Vision zu beziehen, im positiven wie im negativen Sinne: Was braucht es in jedem Fall in der individuellen Patientenversorgung und der Versorgung der Bevölkerung, oder, negativ formuliert: *Was dürfen wir in der Gesundheitsversorgung auf keinen Fall verlieren?*

Die folgenden Punkte versuchen, diesen Konsens zu umreissen:

Eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patient. Die Beziehung zum Patienten, die häufig auch eine Beziehung zu den Angehörigen impliziert, wird zu Recht als Kern der Medizin erachtet.⁵⁹ Nicht nur werden dadurch erst eine treffende Diagnosestellung und eine konsequente Behandlung möglich. Eine positive Beziehung kann den Behandlungser-

59 Vgl. Biller-Andorno N: Ethics of care (2012) In: Chadwick R (ed.): Encyclopedia of Applied Ethics. 2nd Edition, San Diego: Academic Press.

folg verstärken.⁶⁰ Ökonomische Interessen können dieses Vertrauensverhältnis nachhaltig zerstören. Im Extremfall stellen sich nicht mehr der Arzt oder die Gesundheitsinstitution in den Dienst des Wohls des Patienten, sondern die Patienten dienen dazu, das (ökonomische) Wohl des Arztes oder der Gesundheitsinstitution zu gewährleisten – eine Problematik, die in der Medizingeschichte, der Belletristik wie auch der klassischen gesundheitsökonomischen Literatur immer wieder Erwähnung gefunden hat.⁶¹ Die Beziehung kann beeinträchtigt werden, selbst wenn der Patient sich der ökonomischen Interessen seines Gegenübers nicht bewusst ist, da der Arzt, der den Patienten aus eigenem Antrieb oder weil er dazu genötigt wird durch eine «ökonomische Brille» sieht, seine Unbefangenheit und Authentizität einbüsst.⁶²

Eine bedürfnisorientierte Versorgung der Bevölkerung. In der Literatur wird zunehmend auf das Sparpotenzial verwiesen, das in der Vermeidung einer durch Fehlanreize verursachten Unter- und Überversorgung liegt.⁶³ Beide Formen verursachen vermeidbare Kosten für das Gesamtsystem. Anreize müssen daher so gestaltet sein, dass sie nicht vom primären Ziel einer angemessenen Versorgung im Einzelfall wie auch auf Ebene der Gesamtbevölkerung ablenken. Um die Bedürfnisse zu kennen, ist – auf individueller wie auf gesellschaftlicher Ebene – ein Verständnis von Erfahrungen, Werten und Prioritäten erforderlich. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Versorgung von Randgruppen zu richten, die leicht aus dem Fokus der Aufmerksamkeit geraten, weil sie ihre Anliegen üblicherweise mit weniger Nachdruck in den politischen Prozess einbringen können. Die Güte eines Solidarsystems bemisst sich aber nicht nur an qualitativen Spitzenleistungen, sondern auch daran, ob zu diesen auch ein fairer Zugang besteht. Allerdings stellt die Versorgung mit medizinischen Leistungen nur den letzten Schritt in der Gesundheitskette dar. Ebenso wichtig ist es, andere (gesellschaftliche) Ungerechtigkeiten so gut wie möglich zu beseitigen. Das Gerechtigkeitsziel bezüglich sozialer Determinanten der Gesundheit ist umso schwieriger zu erreichen, je mehr Ressourcen in einer unangemessenen medizinischen Versorgung verschwendet werden.

60 Vgl. das Projekt «Placebointerventionen im ärztlichen Alltag» der SAMW, www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Placebointerventionen-im-aerztlichen-Alltag.html

61 Vgl. Evans RG (1974) Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: Perlman M (Ed.) *The Economics of Health and Medical Care*. Macmillan, Edinburgh, pp. 162–173.

62 Vgl. Hartzband P, Groopman J (2011) The new language of medicine. *N Engl J Med* 365(15): 1372–3.

63 Brody H (2012) From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 366: 1949–51.

Ein finanzieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht. Jenseits der Gesundheitsversorgung gibt es eine Vielzahl weiterer öffentlicher Aufgaben, die für das Wohlergehen einer Gesellschaft geleistet werden müssen, u.a. in den Bereichen Bildung, Infrastruktur und Sicherheit. Ein hervorragendes Gesundheitssystem, das so viele Mittel verbraucht, dass für die anderen Bereiche zu wenig übrig bleibt, ist nicht wünschbar. Zudem hat die Diskussion um die sozialen Determinanten der Gesundheit⁶⁴ in Erinnerung gerufen, dass das gesundheitliche Wohlergehen bei Weitem nicht allein durch den Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleistet wird, sondern dass eine Vielzahl weiterer Faktoren – Arbeitsbedingungen, Zugang zu Bildung, soziale Beziehungen – eine entscheidende Rolle spielt. Ein sinnvoller Einsatz begrenzter öffentlicher Mittel erfordert daher eine Berücksichtigung aller Bereiche, wobei ein synergetisches Zusammenspiel im Interesse einer bestmöglichen Gesundheitsförderung aller anzustreben ist.

Ein Bemühen um Effizienz, das nicht zu Lasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht. Zweifellos ist es wünschenswert, Ineffizienzen in der Gesundheitsversorgung zu minimieren. Einen wichtigen Beitrag kann zum Beispiel die differenzierte Standardisierung von Abläufen leisten, weil sie die Effizienz und Kontrollierbarkeit erhöhen kann. Die Standardisierung kann aber auch in Bereiche eingreifen, die sich nur teilweise oder gar nicht standardisieren lassen, etwa ein beruhigendes Gespräch mit einem aufgebrachten Patienten. Möglichkeiten der Effizienzsteigerung sollten also genutzt werden, aber mit Augenmass. Voraussetzung hierfür ist ein System, das nicht nur auf eine möglichst vollständige Implementierung zielt, sondern zugleich offen für kritische Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge ist.⁶⁵ Es geht also um eine Prozessoptimierung, die Doppelspurigkeiten und andere Formen der Verschwendung reduziert, dabei aber zugleich dem Einzelfall Rechnung trägt.

64 Vgl. www.who.int/social_determinants/en/

65 Madörin M (2014) Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Winterthur: ZHAW.

Ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für medizinische Fachpersonen. Die Arbeit medizinischer Fachpersonen ist anspruchsvoll: Es geht nicht nur darum, konsistent bestmögliche Behandlungsergebnisse für den individuellen Patienten zu erzielen. Darüber hinaus sind vielfach Absprachen in Teams notwendig, und es geht darum, Patienten und Angehörige im Sinne eines «shared decision-making» nach sorgfältiger und möglichst unvoreingenommener Aufklärung in angemessener Form in Entscheide einzubeziehen. Zusätzlich hat sich die Position der Ökonomie in der Hierarchie von Gesundheitseinrichtungen gewandelt, von einer auf die Verwaltung beschränkten, eher buchhalterischen Funktion hin zum Management und der Exekutive, die die strategischen Entscheidungen trifft. Dieser «Wechsel auf der Kommandobrücke», wie er von manchen erlebt wird, kann für Spannungen sorgen. Wichtig ist, dass die professionelle Integrität und Autonomie medizinischer Fachpersonen erhalten bleibt. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für Arbeitszufriedenheit und berufliche Motivation, die sich wiederum auf die Qualität der geleisteten Arbeit auswirken.⁶⁶ Das bedeutet nicht, ohne Absprachen frei agieren zu können, aber es muss die Möglichkeit erhalten bleiben, als «Anwalt» der Patienteninteressen aufzutreten und sich primär für das Wohl der Patienten zuständig zu fühlen. Zugleich sollten medizinische Fachpersonen auch Verantwortung für einen sinnvollen Einsatz öffentlicher Mittel übernehmen, der nicht zu Lasten der Qualität und Fairness der Versorgung geht.

Wenn es so wichtig ist, dass medizinische und ökonomische Zielsetzungen nicht auseinanderlaufen, sondern in einer gemeinsamen Vision von einem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung aufgehoben sind, wie lässt sich dann sicherstellen, dass dies nicht geschieht? Folgende Ansatzpunkte scheinen in diesem Sinne geeignet:⁶⁷

- **Probleme messbar und damit sichtbar machen.** Quantitativen Daten kommt als Entscheidungsgrundlage häufig eine gewichtige Rolle zu, auch wenn sie nur einen Ausschnitt aus den zu berücksichtigenden Aspekten repräsentieren («What isn't measured isn't there»). Somit ist es hilfreich, Probleme einer fehlgeleiteten Ökonomisierung der Medizin empirisch fassbar zu machen. Zugleich müssen aber auch die Grenzen quantitativer Methoden anerkannt

66 Vgl. Zuniga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, de Geest S, Schwendimann R (2013) Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.

67 Die folgenden Punkte basieren auf Rahmenbedingungen, die im Zusammenhang mit der Frage nach ethisch vertretbaren Anreizen erarbeitet worden sind; vgl. Biller-Andorno N, Lee Th (2013) Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose. N Engl J Med 368: 980–2.

und die Bedeutung alternativer Erkenntnisquellen, z.B. in Form narrativer Elemente, gewürdigt werden. Sogenannte 360°-Evaluationen bieten zum Beispiel die Möglichkeit, Rationalisierungsmassnahmen umfassend zu explorieren und dabei auch Patientenpräferenzen und Personalzufriedenheit als Outcomeparameter mit einzubeziehen.

- **Zielführende Gestaltung von Anreizsystemen.** Anreize können nicht vermieden werden, sondern sind jedem System inhärent, das für bestimmte Tätigkeiten oder die Erreichung bestimmter Ziele Belohnungen bietet (finanzieller oder auch affektiver oder sozialer Art). Sie können aber gezielt gestaltet werden, um die Identifizierung und Beseitigung bzw. Reduktion von Ineffizienzen und die Verbesserung von Qualität und Fairness der Versorgung zu fördern und damit auf für gut befundene Ziele hinzuwirken. Da kein Anreizsystem perfekt ist, sollte der Erkennung von Fehlanreizen («perverse incentives») und einem aktiven Management von Interessenkonflikten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- **Förderung der Patientenorientierung.** Die Ausrichtung und kontinuierliche Rückbindung an Patientenbedürfnisse und die ernsthafte Auseinandersetzung mit Patientenerfahrungen können dazu beitragen, Abweichungen von der bestmöglichen Patientenversorgung frühzeitig zu erkennen und entsprechend gegenzusteuern. (Mangelndes) Engagement in diesem Bereich sollte sich in klinischen Leistungsevaluationen niederschlagen.
- **Entwicklung einer «Ethik»-Kultur im klinischen Alltag.** Eine gute Ethikkultur kann der befürchteten Deprofessionalisierung entgegenwirken. Für medizinische Fachpersonen ist es ein wichtiges Signal, dass von ihnen nicht die unkritische Erfüllung von Zielvorgaben, sondern eine engagierte professionelle Auseinandersetzung erwartet wird, indem sie Probleme und Hindernisse erkennen, die einer exzellenten Performance im Weg stehen. Dabei sollten sowohl Leistungserbringer als auch Patientenvertreter, Verwaltung, Spitalleitung und Spitalrat in diesen Austausch einbezogen sein («from ward to board»).⁶⁸

68 Solche Impulse können auch von externen Einrichtungen kommen. Die Akademie Menschenmedizin bietet sich zum Beispiel im Schweizer Kontext als ein Forum kritischer Reflexion an; vgl. www.menschenmedizin.com

4. Empfehlungen

Die Empfehlungen basieren auf den folgenden grundsätzlichen Überlegungen, wie das Verhältnis von Medizin und Ökonomie zu gestalten ist:

- Statt Polarisierung zwischen Medizin und Ökonomie oder einem passiven Erdulden einer unerwünschten Ökonomisierung ist die aktive Gestaltung des Verhältnisses durch Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe anzustreben. Dabei ist die gemeinsame Vision einer qualitativ hochstehenden, nachhaltig leistbaren Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in den Vordergrund zu rücken. Die in der Krankenversicherung verankerte Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, alten und jungen Personen sowie Frauen und Männern darf dabei nicht tangiert werden; ebenso wie die Solidarität mit sozial schwächeren Personengruppen.
- Medizin und Ökonomie sollten nicht als Systeme mit konkurrierenden Zielen gedacht werden. Hilfreicher ist ein Konzept, das von einem gemeinsamen Ziel mit verschiedenen Dimensionen (Verbesserung der individuellen Patientenerfahrung, Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und sinnvoller Ressourceneinsatz) ausgeht. Insbesondere ist die heute dominierende, rein betriebswirtschaftlich geprägte Sichtweise (Spitäler, Krankenkassen u.a.) durch eine gesamtwirtschaftliche Sicht abzulösen.
- Dem Management kommt eine wichtige Rolle in der Umsetzung des übergeordneten Ziels zu. Wie sich zum Beispiel ökonomische Steuerungsinstrumente wie Fallpauschalen auswirken, hängt zu einem Gutteil von der Implementierung ab. Damit geht auch eine besondere Verantwortung einher, nicht nur für den ökonomischen Leistungsausweis, sondern auch für die Qualität und Fairness der geleisteten Versorgung. Dem Management obliegt es, dafür geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen.
- Ärzte und andere medizinische Fachpersonen sind aufgerufen, eine fürsorgliche Beziehung zu den Patienten und eine bedarfsorientierte Versorgung als Kern der Medizin zu bewahren. Gewinnstreben unter dem Anschein einer fürsorglichen Beziehung ist mit der Professionalität der Gesundheitsberufe nicht vereinbar und kann einen Vertrauensverlust der Patienten nach sich ziehen. Klinisch tätige Ärzte müssen die ökonomischen Spielregeln, für deren Umsetzung sie gegenüber den Patienten die moralische Verantwortung tragen, in ihren jeweiligen Einrichtungen mitgestalten.
- Die teuerste Medizin muss nicht die beste sein, und weniger Medizin kann besser sein. Gespräche zwischen Ärzten oder Pflegenden und Patienten können genutzt werden, um immer wieder an diese simple Tatsache zu erinnern.

Die nachfolgenden Empfehlungen konkretisieren diese Ansatzpunkte für eine Integration medizinischer und ökonomischer Zielsetzungen. Sie richten sich zum einen an Ärzte, Pflegefachpersonen und weitere medizinische Fachpersonen, zum anderen an Manager von Spitälern und weiteren Institutionen der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus sollen sie in den gesundheitspolitischen Diskurs einfließen und richten sich damit an Politik, Verwaltung, Versicherung, Patientenorganisationen und Forschungsinstitutionen.

1. Aktiver Einbezug der Patienten

Der aktive Einbezug von Patienten soll gefördert werden.

a) Die in Gesprächen vermittelten Patienteninformationen sollten nicht primär der juristischen Absicherung dienen und Nutzen und Risiken einer Behandlung umfassen, sondern auch auf die Unterscheidung zwischen einer optimalen und einer maximalen Versorgung sowie auf mögliche Interessenkonflikte verweisen, ohne das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu gefährden. Anzustreben ist eine «shared decision».

b) Gesundheitseinrichtungen sollten – unter Berücksichtigung patientenrelevanter Outcomeparameter – Möglichkeiten für einen weitergehenden Einbezug der Patientenperspektive prüfen (z.B. Patientenvertretung bei der Gestaltung von Räumlichkeiten und Abläufen).

2. Schaffung einer Kultur, die Offenheit und kritische Reflexion fördert

a) Gesundheitsinstitutionen⁶⁹ sollten, gerade wenn sie intensive Anstrengungen zur Steigerung der Effizienz unternehmen, durch geeignete Mechanismen eine Kultur schaffen, die Offenheit für einen konstruktiven Austausch signalisiert und alle Hierarchiestufen sowie Klinik, Management und strategische Organe umfasst. Ziel ist es, eine Kultur zu schaffen, die die in diesem Papier als wichtig vertretenen Werte umsetzt und eine Diskussion zulässt. Wichtig ist beides: einerseits die Aufmerksamkeit für die Gefährdung von Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit (u.a. Umgang mit Interessenkonflikten), andererseits die Wertschätzung auf der Beziehungsebene und ethische Grundhaltungen (wie Empathie,

69 Dies können Spitälern oder andere geeignete Einheiten sein, z.B. Ärztenetze oder Fachgesellschaften.

Klugheit, Verschwiegenheit oder Mass). Entscheidende Voraussetzung ist die Transparenz über finanzielle Anreize und Implikationen. Die Kultur einer kritischen Auseinandersetzung mit medizinischen, ökonomischen, rechtlichen und ethischen Erwägungen und der Umgang mit Interessenkonflikten sind auch in der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu fördern.

b) In Betracht zu ziehen sind interdisziplinäre und interprofessionelle Boards, die (in Analogie zu Tumorboards) ein Forum schaffen für kollektiv getragene Entscheidungen, die eine ökonomische Dimension enthalten (z.B. Patientenbehandlungspfade).⁷⁰

3. Verbesserung der Vergütungs- und Anreizstrukturen

Vergütungs- und Anreizstrukturen sind als lernende Systeme zu konzipieren, die im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung Rückmeldungen von den relevanten Akteuren benötigen.

a) Anreizsysteme und damit verbundene Leistungsevaluationen sind so zu gestalten und immer wieder neu auszurichten, dass sie mit dem übergeordneten Ziel einer hochqualitativen Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung übereinstimmen.

b) Wenn Fehlanreize bzw. nicht gut zusammenspielende Anreize identifiziert werden, ist auf diese entsprechend zu reagieren:

- durch effiziente und zeitnahe Korrekturmechanismen (auf institutioneller wie auf Systemebene);
- durch Auffanggefäße (z.B. Hochrisikopools, Pools für Innovation, Zusatzentgelte und Komplexpauschalen) für medizinische Tätigkeiten, die sich trotz Korrekturmechanismen nicht in geeigneter Weise tarifarisch abbilden lassen;
- durch tarifliche Anpassungen, die dem veränderten Nutzen und Aufwand ärztlicher und pflegerischer Leistungen gerecht werden (z.B. durch eine Neubewertung von interventionellen Leistungen).

⁷⁰ In Analogie zur Arbeit des Swiss Medical Boards auf nationaler Ebene oder von Tumorboards im Bereich der Onkologie..

c) Sicherstellung der Finanzierung der Behandlung von Patienten, die nicht durch das Sozialversicherungssystem erfasst sind (z.B. Sans-Papiers, inhaftierte Personen).

d) Konsensentscheidungen unter Beteiligung von Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern (Runde Tische) sollten dazu beitragen, Differenzen in der Bewertung des Status quo und möglicher Strategien der Verbesserung zu bereinigen.

4. Verbesserung der bestehenden Zertifizierungsprozesse

Diese Empfehlungen sind in bestehenden Zertifizierungsprozessen⁷¹ oder vergleichbaren Mechanismen (z.B. bei den Spitalisten-Erfordernissen oder in Qualitätsberichten) zu berücksichtigen. Zu den relevanten Elementen zählen:

- Rückkopplung der Zielvorgaben sowie gegebenenfalls Leistungsbeurteilungen und Anreizsysteme der Gesundheitseinrichtung an das übergeordnete Ziel einer hochqualitativen Versorgung für die gesamte Bevölkerung;
- vollumfängliches (und nicht selektives) Erfüllen des Versorgungsauftrags unter besonderer Berücksichtigung des Zugangs für Randgruppen;
- ein etabliertes Monitoring der Auswirkungen von Anreizsystemen auf Effizienz, Qualität und Fairness der Versorgung unter Einbezug der Perspektiven von Leistungserbringern und Patienten;
- Umsetzung einer Kultur, die kritische Reflexion und Offenheit fördert, durch geeignete Gefässe und Prozesse.

71 Solche Zertifikate gibt es bereits für Teilbereiche, vgl. z.B. www.nursecredentialing.org/Magnet/ProgramOverview.aspx für den Pflegebereich oder www.equam.ch für die integrierte medizinische Versorgung.

5. Gezieltes Auswerten und Erheben von Daten

Bereits vorhandene medizinische und ökonomische Daten – sowohl auf Ebene des Gesundheitssystems als auch individueller Gesundheitseinrichtungen – sollen so ausgewertet werden, dass sie empirisch fundierte strategische Entschiede ermöglichen. Fehlende Daten sollen gezielt ergänzt werden. Besonderes Augenmerk muss der Standardisierung und sektorübergreifenden Integration (Akutspital, ambulanter Bereich, Langzeitpflege und Rehabilitation) gewidmet werden:

a) Durch eine Förderung der *Versorgungsforschung* ist das Verständnis von Über- und Unterversorgung sowie der Auswirkungen von spezifischen Vergütungs- bzw. Anreizformen auf Effizienz, Qualität und Fairness der verschiedenen Sektoren der Gesundheitsversorgung zu vertiefen.

b) *Das Monitoring von Gesundheitseinrichtungen* im Bereich Qualitätssicherung und Patientensicherheit sollte um folgende Aspekte erweitert werden:

- Auswirkungen von Vergütungs- oder Anreizsystemen auf die Umsetzung professioneller ethischer Standards;
- Art und Ausmass der von Ärzten, Pflegenden und Angehörigen weiterer Gesundheitsberufe wahrgenommenen Interessenkonflikte zwischen Patientenwohl und ökonomischen Zielvorgaben;
- Arbeitszufriedenheit und -motivation der Angestellten;
- Gestaltung der interprofessionellen Beziehungen.

c) Die Erfahrungen der Patienten und Angehörigen mit der Behandlung und Betreuung sollten systematisch und umfassend erfasst und analysiert werden.

5. Anhang

Literatur

- ABIM Foundation: **Choosing Wisely Initiative**, www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx, letzter Zugriff am 4. August 2014.
- Aiken LH, Sloan DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R et al. (2014) **Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study**. *Lancet*, Published Online February 26, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Akademien der Wissenschaften Schweiz: **Nachhaltiges Gesundheitssystem**. www.akademien-schweiz.ch/index/Schwerpunktthemen/Gesundheitssystem-im-Wandel/Nachhaltiges-Gesundheitssystem.html, letzter Zugriff am 4. August 2014.
- Barry MJ. (2012) **Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care**. *New Engl J Med*; 366: 780–1.
- Bartens W: **Rettet die Medizin vor der Ökonomie (2012)** *Die Süddeutsche*, 24. Januar; www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-system-rettet-die-medizin-vor-der-oekonomie-1.1161506.
- Bartholomeyczik S (1993) **Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus**, in: Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter/Schott, Thomas (Hrsg.): *System Krankenhaus – Arbeit, Technik und Patientenorientierung*, München 1993, S. 83–99.
- Bartholomeyczik S (2007) **Reparaturbetrieb Krankenhaus: DRG's und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege** in «Medizin und Gewissen» der IPPNW. 21. Oktober 2006. Universität Witten.
- Berchtold P, Peytremann-Bridevaux I (2011) **Integrated Care Organizations in Switzerland**. *International Journal of Integrated Care* 11, URN:NBN:NL:UI:10-1-101304/ijic2011-10.
- Biber P (2012) **Ökonomisierung der Medizin**. DRS 2, 13. Februar. <http://drs.srf.ch/www/de/drs2/themen/wissenschaft/322554.oekonomisierung-der-medizin.html>.
- Biller-Andorno N: **Ethics of care (2012)** In: Chadwick R (ed.): *Encyclopedia of Applied Ethics*. 2nd Edition, San Diego: Academic Press.
- Biller-Andorno N, Lee TH (2013) **Ethical physician incentives – from carrots and sticks to shared purpose**. *N Engl J Med* 368: 980–2.
- Biller-Andorno N (2014) **Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – eine erste Bilanz**. *Schweizerische Ärztezeitung* 95(6): 16–17.
- Binswanger M (2010) **Unsinnige Wettbewerbe**. Freiburg: Herder.
- Bioethica Forum 4(3), 2011: **Diverse Beiträge in der Schwerpunktnummer «Ressourcenallokation im Gesundheitswesen»**.
- Brawley O (2011) **How we do harm**. St Martin's Griffin.
- Brody H (2012) **From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance**. *N Engl J Med* 366: 1949–51.
- Brousseau E, Dedeurwerdaere T, Siebenhüner B (eds) (2012) **Reflexive Governance for Global Public Goods**. MIT Press.
- Eidgenössisches Department des Inneren/ Bundesamt für Gesundheit (2012) **Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG)**. Bern.
- Evans RG (1974) **Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications**. In: Perlman, M. (Ed.), *The Economics of Health and Medical Care*. Macmillan, Edinburgh, pp. 162–73.

- Fässler M, Wild V, Clarival C, Tschopp A, Faehnrich JA, Biller-Andorno N (2014) **Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians.** Manuscript under review.
- Frey B (2012) **Crowding Out and Crowding In of Intrinsic Preferences.** In: Brousseau E, Dedeurwerdaere T, Siebenhüner B (eds): *Reflexive Governance for Global Public Goods.* MIT Press.
- Gawande A (2009) **The Checklist Manifesto: How to get things right.** New York: Metropolitan Books, 2009.
- Grob D (Hrsg.) (2013) **Alt und krank – Akutgeriatrie zwischen Fürsorge und Autonomie.** Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Gutzwiller F, Biller-Andorno N, Harnacke C, Bollhalder L, Sucszy T, Gutzwiller F, Schwenkglenks M (2012) **Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen.** Studie im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz.
- Hartzband P, Groopman J (2011) **The new language of medicine.** *N Engl J Med* 365(15): 1372–3.
- Heubel F, Kettner M, Manzeschke A (2012) **Die Privatisierung von Krankenhäusern – ethische Perspektive.** *Ethik in der Medizin*, Vol. 24; Issue 1: 85–6.
- Kalisch BJ, Lee KH (2012) **Missed nursing care: Magnet vs. non-Magnet hospitals.** *Nurs Outlook* 60.
- Kettner M, Koslowski P (Hrsg.) (2011) **Wirtschaftsethik in der Medizin. Wieviel Ökonomie ist gut für die Gesundheit?** Wilhelm Fink Verlag.
- Kocher G (2012) **Gesundheitsversorgung – die Schweiz im internationalen Vergleich.** *Schweizerische Ärztezeitung* 93: 968–71.
- Kühn H, Simon M (2001) **Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung.** Abschlußbericht eines Forschungsprojekts der Berliner Forschungsverbundes Public Health, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FK: 01 EG 9525/8). Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Madörin M (2014) **Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege.** Winterthur: ZHAW.
- Maio G (2013) **Wider die Ökonomisierung der Medizin.** *Forschung & Lehre* 4: 261.
- Manzeschke A (2013) **Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen. Zur Logik der Leistungssteigerung und Effizienzmaximierung und ihren ethischen Grenzen.** In: Dengler K, Fangerau H (Hrsg.): *Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen. Eine Einführung mit medizinethischen und philosophischen Verortungen,* Bielefeld: Transcript: 223–46.
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig (2010) **Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome.** *Swiss Medical Weekly*, 140, w13062, 2010.
- Marty F (2013) **Gesundheitswirtschaft als wichtiges Standbein der Volkswirtschaft; Die Volkswirtschaft.** *Das Magazin für Wirtschaftspolitik* 5.
- McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES (2010) **A national strategy to put accountable care into practice.** *Health Affairs* 29(5): 982–90.
- Meyer B (2013) **Boni – die Position der FMH.** *Schweizerische Ärztezeitung* 94: 51–2.
- Meyer B, Golder L, Longchamp C (2014) **Hohe Berufsidentifikation trotz steigender Bürokratie.** *Schweizerische Ärztezeitung* 95(1/2): 7–8, 2014.
- OECD/WHO: **OECD Review of Health Systems, 2011.** www.oecd.org/berlin/publikationen/oecdreviews-ofhealthsystemsswitzerland2011.htm, letzter Zugriff am 11. April 2013.

- Poledna T, Tschopp M (2011) **Der Myozyme-Entscheid des Bundesgerichts**. Jusletter 7, Februar.
- Porszolt F (2013) **Ökonomisierung oder Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung**. Public Health Forum 21(4): 33.e1–33.e3.
- Porter M (2010) **What Is Value in Health Care?** N Engl J Med 363: 2477–81.
- Rodwin MA (2013) **Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry**. Journal of Law, Medicine and Ethics 41: 544.
- Samuelson PA, Nordhaus WD (2007) **Volkswirtschaftslehre**. mi-Fachverlag.
- Schweizerischer Bundesrat (2004) **Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September**. www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2004/5551.pdf, letzter Zugriff am 19.1.2014.
- Tavaglione N, Hurst S (2012) **Why physicians ought to lie for their patients**. Am J Bioeth. 12(3):4–12, 2012 .
- Unschuld P (2009) **Ware Gesundheit**. München: C.H. Beck.
- Widmer M, Matter P, Staub L, Schoeni-Affolter F, Busato A (2009) **Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland**. Health Place: 18, 15 (3): 761–768.
- Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N (Hg.) (2011) **DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen**. EMH-Verlag.
- Zuniga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, de Geest S, Schwendimann R (2013) **Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz**. Basel: Institut für Pflegewissenschaft.

Glossar

Fallpauschalen (Swiss) DRG Tarifsystem (Swiss Diagnosis Related Groups), das für stationäre akutsozialistische Spitalleistungen eine Abrechnung nach Fallpauschalen vorsieht. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet (Vgl. www.swissdrg.org).

Kommerzialisierung Streben nach Maximierung von Gewinnen, die nicht im System bleiben, sondern privatisiert werden.

Lean Management Lean Management ist die permanente, konsequente und integrierte Anwendung eines Bündels von Prinzipien, Methoden und Aktionen zur effektiven Planung, Gestaltung und Kontrolle der gesamten Wertschöpfungskette. (www.oecplus.com)⁷²

Die 5 Grundprinzipien von Lean Hospital Management sind: Kundenorientierung, Wertstromverständnis, verschwendungsfreie Prozesse, bedarfsgesteuerte Leistungserbringung und kontinuierliche Verbesserung. Im amerikanischen Ansatz geht es um eine konsequente Ausrichtung auf patientenorientierte Versorgungsprozesse und die Verbesserung der Qualität und Produktivität eines Spitals.

Ökonomisierung Ausrichtung von Strukturen, Abläufen und eingesetzten Mitteln nach dem Prinzip der Effizienz, d.h. Streben nach einem möglichst günstigen Verhältnis von Aufwand und Ertrag. Eingesparte Ressourcen bleiben im System.

TARMED Einzelleistungstarif für ärztliche Leistungen, der im ambulanten und teilstationären Bereich zur Anwendung kommt. Er enthält rund 4500 Tarifpositionen, die jeweils mit Taxpunkten für die ärztliche wie auch für die technische Leistung bewertet sind.

Triple Aim

Reducing the per capita cost of health care
Improving the health of populations
Improving the patient experience of care

72 Vgl. Kenney C (2010) Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience. Productivity Press

