

Zusammenfassung und Empfehlungen des Positionspapiers der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Medizin und Ökonomie – wie weiter?

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW)

Die Frage nach dem Verhältnis von Medizin und Ökonomie ist ebenso aktuell wie brisant. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich in den letzten Jahren aktiv in diese Diskurse eingebracht. Von 2009 bis 2013 hat die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW gemeinsam mit der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE) jährlich ein Symposium veranstaltet, das unterschiedlichen Aspekten der Ökonomisierung gewidmet war. Zum Abschluss dieser Veranstaltungsreihe hat die ZEK ein Positionspapier ausgearbeitet (vgl. www.samw.ch), dessen Zusammenfassung und Empfehlungen nachfolgend abgedruckt sind.

Zusammenfassung des SAMW-Positionspapiers

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 Zugangsgechtigkeit stetig verbessert und Kosten gesenkt werden, ohne dass eine dieser Dimensionen zu Lasten einer anderen geht. In der Realität jedoch gibt es sehr wohl Konfliktfelder und Probleme: Qualitätseinbussen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung; Interessenkonflikte der Gesundheitsfachleute; Ausdünnung 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 finan-

zieller Aufwand, der nachhaltig leistbar ist und in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen steht; ein Bemühen um Effizienz, das nicht zu Lasten einer qualitativ hochstehenden Versorgung geht sowie ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für Ärzte und andere medizinische Fachpersonen.

Das vorliegende Positionspapier, das von einer interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe (vgl. Kasten) erstellt wurde, beschreibt, in welcher Weise sich die Ökonomisierung der Medizin auf die klinische Praxis (in der Schweiz) auswirken kann. Es zeigt Wege 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).

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 Ge-

Folgende Mitglieder gehörten der Begleitgruppe an:

Prof. Dr. med. Christian Kind,
ZEK-Präsident SAMW (Leitung)
Dr. oec. HSG Arnold Bachmann, Chur
PD Dr. Peter Berchtold, Rechtsanwalt L.L.M., Bern
Prof. Dr. med. Nikola Biller-Andorno, Zürich
Prof. Dr. oec. Luca Crivelli, Lugano
Dr. med. Daniel Grob, Zürich
Prof. Dr. med. Samia Hurst, Genf
Dr. med. Monique Gauthey, Genf
Dr. Jacqueline Martin, RN, Basel
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, SAMW, Basel
Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, Basel
PD Dr. theol. Markus Zimmermann, Fribourg

Korrespondenz:
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW)
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
[mail\[at\]samw.ch](mailto:mail[at]samw.ch)

staltung 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 Pa-

tienten 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) Gesundheitsinstitutionen³ 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 vertreteten 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, 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.

Hinweise zur Ausarbeitung des Papiers

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.

- 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)⁴.

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).
- 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 Zertifizierungsprozessen⁵ 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 Be-

- rücksichtigung 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.

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 Entscheidungen 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.

Anmerkungen

- 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.
- 3 Dies können Spitäler oder andere geeignete Einheiten sein, z. B. Ärztenetze oder Fachgesellschaften.
- 4 In Analogie zur Arbeit des Swiss Medical Boards auf nationaler Ebene oder von Tumorboards im Bereich der Onkologie.
- 5 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.