Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2015)

Heft: 5: Medizin und Ökonomie

Artikel: Das grosse Interview : wie können Medizin und Ökonomie besser integriert werden?

Autor: Meier, Christoph A. / Sax, Anna / Briner, David

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789978

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 06.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Das grosse Interview

Wie können Medizin und Ökonomie besser integriert werden?

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat im Herbst 2014 ein lesenswertes Positionspapier zum Thema «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» publiziert. Die Intercura hat bei einer Gesundheitsökonomin und einem Chefarzt nachgefragt und druckt das Gespräch in gekürzter Fassung ab.

Herr Prof. Meier, wie oft denken Sie im Berufsalltag an die wirtschaftlichen Konsequenzen einer Handlung oder Entscheidung?

Christoph A. Meier: Mein Berufsalltag hat zwei Komponenten: Eine, bei der ich als Arzt tätig bin und Patienten individuell betreue. Dort muss ich sagen, dass die Ökonomie in der Entscheidungsfindung keine Rolle spielt. Ausser der Überlegung stationär versus ambulante Betreuung, wobei die Vermeidung einer Hospitalisation ja dem Patienten zugute kommt. Früher hat man die Patienten wochenlang hospitalisiert, weil das Spital für jeden Tag Geld erhalten hat. Heute sind wir motiviert, die Patienten früher austreten zu lassen, was ich nicht schlecht finde. In meiner zweiten Funktion als akademischer Dozent und in offiziellen Funktionen, also sobald ich öffentlich oder normativ tätig bin, denke ich bewusst immer an die Ökonomie, ich sehe dies als Pflicht an gegenüber der Gesellschaft.

Heisst das, dass Sie und Ihre Mitarbeitenden an der Front keine Interessenskonflikte zwischen ökonomischen Überlegungen und dem Patientenwohl erleben?

Meier: Ehrlich gesagt nein. Lassen Sie es mich so sagen, ich gebe z. B. vor, was ambulant gemacht werden kann und was nicht. Früher wurde kein Anreiz gegeben, um (zu) lange Spitalaufenthalte zu reduzieren, da ja dem Spital eine Tagespauschale bezahlt wurde. Ein Beispiel: Ein Patient kam ins Spital wegen Atemnot im Rahmen einer Lungenentzündung. Dann wurde eine Anämie entdeckt, daraufhin wurden eine Gastroskopie, eine Koloskopie, zusätzlich Blutentnahmen durchgeführt. Heute wird die Pneumonie wenn nötig stationär behandelt und die restlichen Abklärungen erfolgen ambulant beim Hausarzt oder in unserer Tagesklinik, was der Patient selbst auch als besser empfindet, kann er doch so früher in seine gewohnte Umgebung zurückkehren. Das ist der Punkt, auf den ich sehr genau schaue und der meiner Meinung auch kongruent mit einem Nutzen für den Patienten einhergeht. Der zweite für mich sehr wichtige Punkt ist, dass nichts Unnötiges gemacht wird. Wir haben die Besonderheit in der Schweiz, dass wir in einem System leben, bei dem uns viel Geld zur Verfügung steht; das führt dazu, dass es kaum Anreize gibt etwas (unter Umständen auch nur marginal Sinnvolles) nicht zu tun.

Sie sprechen das Problem der Mengenausweitung an …

Meier: Genau. Und da bin ich sehr bedacht darauf, dass jede diagnostische oder therapeutische Intervention für den individuellen Patienten verhältnismässig, sinnvoll und vernünftig begründbar ist. Dies stellt für mich momentan eher ein moralisch-intellektueller Impetus dar, als ein ökonomischer.

Anna Sax: Dies ist ja auch zum Nutzen der Patienten, nicht?

Meier: Ja, ganz klar.

Mit der Einführung von DRG wurden Anreize in die umgekehrte Richtung gesetzt. Die damit verbundenen Risiken wie zu frühe Spitalentlassungen wurden heftig kritisiert. Wie sehen Sie das?

Meier: Können Sie ein Beispiel geben? Viele Kollegen schimpfen, aber ich sehe dies ganz selten.

Sax: Auch ich höre dies immer nur anekdotisch, bis jetzt gibt es ja noch wenig Daten für die Auswertung. Begleitforschung zur Einführung von DRG ist im Gang[1]. In einer Studie haben die Ärzte angegeben, sie müssten mehr Administration erledigen und das mit mehr Überstunden kompensieren. Ansonsten weiss man im Moment empirisch relativ wenig darüber, was sich mit Einführung von DRG verändert hat. Sicher ist jedoch, dass die DRG-Finanzierung einen verstärkten Wettbewerbsdruck zwischen den Spitälern erzeugt. Die Spitäler müssen z. B. Fälle generieren, es wird neu gebaut, es wird unglaublich investiert, was wir hier auch im Hause sehen. Und das alles im Hinblick darauf, dass man wettbewerbsfähig sein muss.

1 *Fässler et al., Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. Swiss Med Wkly. 2015;145:w14080*

Anna Sax

Christoph A. Meier

Unser/-e Gesprächspartner/-in

Anna Sax, lic.oec.publ., MHA Mitinhaberin und Geschäftsführerin der Tradig GmbH für interdisziplinäre Analysen im Gesundheitswesen, Dozentin, Redaktorin und Beraterin und **Christoph A. Meier,** Prof. Dr. med., Departementsleiter und Chefarzt Innere Medizin & Spezialdisziplinen am Stadtspital Triemli, Zürich

Wettbewerbsfähigkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen – ist das grundsätzlich sinnvoll und wenn ja wo?

Sax: Das will ich nicht verallgemeinern. Es gibt nicht «das Gesundheitswesen». Es gibt Bereiche, in denen der Wettbewerb aus meiner Sicht eindeutig schädlich ist. Etwa dann, wenn es um den Zugang zur Versorgung geht. Das Verursacherprinzip wäre ein Beispiel. Wenn man sagen würde: «Wer raucht, ist selber schuld an seinem Lungenkrebs und muss selbst bezahlen». Oder wenn Krankenkassenprämien risikoabhängig wären, das wäre auch eine Form von Wettbewerb, für mich aber ethisch nicht vertretbar. Es gibt aber auch andere Bereiche, bei denen ich einen Wettbewerb befürworte, z. B. bei der Qualität der Leistungen zwischen den Spitälern. Oder auch im Bereich Medikamente, Medizinprodukte, dort würde ein bisschen mehr Wettbewerb nicht schaden. Ebenso in Wellnessbereich und Hotellerie, aber nicht beim Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Mit der leistungsorientierten Finanzierung wurde aber auch bewusst ein Wettbewerb zwischen den Anbietern eingeführt, wer «produziert» am günstigsten medizinische Leistungen …

Meier: Ich glaube, das ist die Kernfrage der Wettbewerbsdiskussion. Wie Frau Sax sagt, unterstütze ich einen Wettbewerb bei der Hotellerie. Eigentlich würde ich es als liberaler Mensch enorm begrüssen, wenn es auch einen Wettbewerb gäbe um die «Produktionskosten» und die Qualität. Ich kenne aber ganz wenige valable und für den Patienten relevante Qualitätsmessungen. Da man die Qualität nicht umfassend messen kann, ist es ein fehlgeleiteter Wettbewerb. Der Wettbewerb im Gesundheitswesen dreht sich fast ausschliesslich um Patientenpräferenzen und Patientenzufriedenheit. Es gibt Untersuchungen aus den USA, die sogar zeigen, dass Patientenzufriedenheit invers korreliert mit der objektiven Qualität eines Spitals! Was bedeuten würde: je zufriedener die Patienten, desto schlechter das Spital.

Sax: Also ich würde das nicht so apodiktisch sagen, dass man Qualität im Gesundheitswesen nicht messen kann. Ich glaube, es ist wichtig, den Patientennutzen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Man betrachtet nicht nur die Kosten, wenn man ökonomisch denkt, sondern man schaut auch, welcher Nutzen erzielt wird. Hier gibt es noch Potenzial. Das QALY-Konzept[2] ist nicht ausgereift, aber es ist ein Instrument, das die Dimension der Lebensqualität bei der Nutzenmessung mit einbezieht.

Meier: Hier müssen wir aber zwei Dinge auseinanderhalten. Das eine ist der Wettbewerb zwischen Institutionen

> «Der Wettbewerb im Gesundheitswesen dreht sich fast ausschliesslich um Patientenpräferenzen und Patientenzufriedenheit.»
>
> Christoph A. Meier

2 *QALY: Quality adjusted life years*

> «Es braucht in der Schweiz mehr Health Technology Assessements.»
>
> Anna Sax

in Bezug auf die Qualität von Dienstleistungen, also z. B.: Ist die Hüftprothese in der Klinik A besser als im Triemlispital? Für diese Frage gibt es meiner Meinung nach keine guten Messparameter, die hinsichtlich der Morbidität der Patientenpopulation der verschiedenen Spitäler korrekt adjustiert sind. Natürlich kann man Mortalität beziehungsweise Komplikationen messen, nur sind die Patientenpopulationen sehr unterschiedlich, wie Alter, Komorbiditäten, Obdachlosigkeit, Alkoholismus usw. Nehmen Sie z. B. die Nähe zum Altersheim als wichtigen Prädiktor der Mortalität bei Herzinfarkt im nahegelegenen Spital: Viele ältere Patienten wollen bewusst keine ausufernden Interventionen, was zu einer erhöhten Sterblichkeit in diesem Spital führt.
Beim QALY geht es um eine andere Ebene, nämlich um die Frage, was sich die Gesellschaft leisten möchte. Und da bin ich absolut mit Ihnen einverstanden. Im Moment wird diese Debatte aber bewusst ausgeblendet. Man investiert dort das Geld, wo man annimmt, dass es die Gesellschaft will, z. B. in der Onkologie; dies ist bei uns (im Gegensatz zu England) ein Tabuthema. Es ist daher eine gesellschaftspolitische Frage: Was wollen wir und was können wir uns leisten?

Darauf werden wir noch zurückkommen. Hat denn die Kombination von mehr Wettbewerb und fragmentierter Verantwortung nicht auch neue problematische Anreize geschaffen?
Sax: Ja, wegen der sektoriellen Aufteilung des Gesundheitswesens haben wir keine bereichsübergreifenden Prozesse. Das beginnt bei den Finanzierungsschlüsseln, z. B. muss die Krankenkasse bei ambulanten Behandlungen mehr zahlen als bei stationären, was ein unsinniger Anreiz ist. Im Pflegeheim gibt es wieder einen anderen Schlüssel, was zur Folge hat, dass Krankenkassen ältere Patienten lieber in ein Pflegeheim schicken, als eine Kostengutsprache für eine Rehabilitation zu erteilen. In meiner Idealwelt würde Wettbewerb zwischen verschiedenen Versorgungsregionen stattfinden. Es gäbe dann Versorgungsnetze in den Regionen mit Spital, Hausärzten, Spitex inklusive angeschlossenen Sozialdiensten, die ein Globalbudget für die Bevölkerung zur Verfügung hätten und damit wirtschaften könnten.

Wie beurteilen Sie eigentlich die Versorgung der vulnerablen Bevölkerungsgruppen?
Meier: Vom System her haben wir hier potenziell ein Problem, da vulnerable Patienten häufig eine aufwändigere (und somit teurere) Betreuung benötigen: Beispielsweise muss bei einem randständigen Patienten mit einer Lungenentzündung der Sozialdienst die Rückkehr organisieren, unter Umständen inklusive der Reinigung der Wohnung. Wenn man Anreize setzt, die «Produktionskosten» eines Spitals möglichst minimal zu halten, dann setzt man Anreize, Patienten zu «selektionieren». Ich sage nicht, dass das passiert, aber die Anreize hierfür bestehen.
Sax: Ich bin einverstanden. Und um zum Wettbewerb zurückzukommen: Je mehr dieser zwischen den Spitälern forciert wird, desto gefährlicher wird es meiner Meinung nach für die vulnerablen, schwierigen Patienten. Mit dem Wettbewerb steigt auch der Druck, öffentliche Spitäler in Aktiengesellschaften umzuwandeln oder zu privatisieren. Kein Spital ist verpflichtet, sich um einen unattraktiven Leistungsauftrag zu bewerben. Die Kantone sind jedoch für die Gesundheitsversorgung verantwortlich und müssen dafür sorgen, dass auch randständige Patienten, Betagte oder Kinder im Spital gut betreut werden.
Meier: Meiner Meinung nach ist die Lösung nicht so kompliziert: Analog zum medizinischen Fallgewicht bei DRG könnte man ein soziales Fallgewicht über einen transparenten Sozialindikator definieren. Was ich nicht möchte, ist, dass z. B. das Departement Medizin im Triemli Defizit macht, nur weil wir viele vulnerable Patienten mit grossem Engagement von Pflege, Sozialdienst und Ärzten optimal versorgen wollten.
Sax: Man könnte dazu sicherlich Kennzahlen erheben. Dies ist ein Bereich, in dem gemeinwirtschaftliche Abgeltungen sinnvoll wären.

Und wie steht es Ihrer Meinung nach mit der Solidarität im Gesundheitswesen?
Meier: Bei den 50 % Kosten im Spital, die über die Steuern abgedeckt werden, ist die Solidarität da (via Steuern). Bei den anderen 50 %, welche über die Prämien finanziert werden, ist sie nicht da. Muss sie komplett sein, muss sie partiell sein? Das ist eine politische Entscheidung.
Sax: Die Krankenversicherung ist insofern solidarisch, als die Gesunden die Kranken mitfinanzieren. Doch die Verteilung der Finanzierungslast ist nicht solidarisch, von daher ist es effektiv eine Frage der Perspektive. Letztlich ist es eine politische Frage, wo die Solidarität aufhört und die Eigenverantwortung beginnt. Die Gesundheitskommission des Nationalrats hat kürzlich zum Beispiel entschieden: Komatrinker, die in den Notfall eingeliefert werden, müssen selbst bezahlen. Einerseits leuchtet das ein, andererseits muss man sich fragen, weshalb genau hier die Solidarität aufgeweicht werden soll. Wenn man hier beginnt, wo hört es dann

> «Es gibt eine Tendenz zu abnehmender Solidarität.»
>
> Anna Sax

auf? Es gibt meines Erachtens eine Tendenz zu abnehmender Solidarität. Ein anderes Beispiel ist die immer häufiger werdende Forderung nach einer Pflegeversicherung, mit dem Ziel, die Pflege «verursachergerecht» zu finanzieren, etwa mit einem Prämienaufschlag für über 50-Jährige.

> «Als Spital oder Arzt müsste ich eigentlich gleich viel verdienen, ob eine Intervention durchgeführt wird oder nicht.»
>
> Christoph A. Meier

Wie könnten denn ökonomische und medizinische Ziele besser integriert werden?

Meier: Ein Teil der heutigen Medizin besteht darin, dass man der Gesellschaft Illusionen macht über grosse Benefits, die es zum Teil einfach nicht gibt. Eine Studie aus dem British Medical Journal hat z. B. gezeigt, dass die Ärzte die Lebenserwartung von Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden mehr als um das 5-fache überschätzen! Das heisst, häufig sind sich auch die Ärzte nicht bewusst, wie wenig Gutes sie eigentlich mit gewissen diagnostischen oder therapeutischen Interventionen bewirken; und in dieses Spannungsfeld gehört auch die Debatte über Mammographie und PSA-Screening. Ich glaube daher, dass die transparente Information der Patienten etwas sehr Wichtiges ist. Es gibt ein schönes Beispiel aus den USA: Medicare hat verlangt, dass vor einem Kniegelenksersatz ein shared-decision-Programm durchgeführt werden muss, welches aus einem einstündigen Aufklärungsvideo besteht, das die Vor- und Nachteile des Eingriffs darstellt. Nachdem die Patienten das Video gesehen haben, will ein Drittel kein neues Kniegelenk mehr.

Auch in meiner Klinik am Triemli haben wir Ende letzten Jahres ein Schulungsprogramm für Kaderärzte aufgebaut, um diese komplexe Kompetenz des «shared decision making» zu schulen. Eine meiner bescheidenen Forderungen in der gesamten Kostendiskussion ist: Ein solcher Diskurs mit den Patienten muss eigentlich gleich gut bezahlt werden wie die Operation selbst; als Spital oder Arzt müsste ich eigentlich gleich viel verdienen, ob eine Intervention durchgeführt wird oder nicht. Nur so bestehen keine falschen Anreize für eine potentielle Übermedikalisation.

Sax: Für mich ist das Wichtigste, wie Sie eben sagten, dass man in der Medizin tatsächlich ausgehend vom Nutzen denkt. Nicht nur die Kosten anzuschauen, sondern zu überlegen, welche Interventionen den Patientinnen und Patienten welchen Nutzen bringen. Nutzen ist nicht dasselbe wie Wirkung. Ein Blutdrucksenker senkt zwar den Blutdruck. Das heisst aber noch nicht, dass der Patient auch einen Nutzen davon hat. Auch bei den Zulassungsbehörden gilt oftmals nicht der Nutzen, sondern die Wirkung als Kriterium. Hier kann die Ökonomie noch etwas beitragen.

Dies führt uns zum Thema der kostensensiblen Leitlinien. In der Schweiz stehen wir mit dem Swiss Medical Board (SMB) erst am Beginn und schon gibt es heftige Diskussionen. Wie beurteilen Sie das Potenzial solcher Bestrebungen?

Meier: Also ich glaube, das ist etwas ganz Wichtiges. Allerdings sollten Fachgesellschaften ihre Guidelines nicht alleine erstellen, sondern diese müssten durch ein «Clearinghouse», welches beispielsweise das Kostenelement und die Pertinenz mitberücksichtigt. Sonst besteht die Gefahr, dass solche Guidelines mit auf die eigene Spezialität zentrierten Scheuklappen erstellt werden und im schlechtesten Fall sogar als Instrument zur Umsatzförderung dienen. Eine wichtige Frage ist allerdings, ob die Schweiz als kleines Land in der Lage ist, solche Guidelines kompetent zu erstellen. Hier müssen alle direkten Stakeholder involviert sein und der Prozess sollte von Personen mit grosser Unabhängigkeit und ohne Eigeninteressen begleitet und gesteuert werden. Von daher wäre es von Vorteil, wenn sich die Schweiz enger an andere Leitlinien, z .B. das NICE[3], anlehnen und diese Empfehlungen an die Gegebenheiten in der Schweiz angepasst würden.

Sax: Ich finde auch, dass es in der Schweiz mehr Health Technology Assessments (HTA) braucht. Was das SMB gemacht hat, ist sicher teilweise umstritten, aber die Untersuchungen haben Diskussionen ausgelöst, die ganz wichtig sind und teilweise auch eine breitere Öffentlichkeit erreicht haben. Das Beispiel des Mammographie-Screenings ist in den Medien breit diskutiert worden. Auch wenn man als Laie nicht genau weiss, was richtig ist, regt es doch zum Nachdenken an. Man stellt sich eher die Frage, was will ich, was ist mir wichtig. Beim HTA ist ausserdem der interdisziplinäre Ansatz wichtig. Es werden nicht nur ökonomische, sondern auch juristische und ethische Aspekte berücksichtigt. Ich finde es wichtig, die Fragen aus verschiedenen Sichtweisen anzuschauen.

Dr. med. David Briner
Stadtarzt, Chefarzt Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik

3 National Institute for Health and Clinical Excellence, UK