

«Was ist für Sie eigentlich gute Medizin?»

Eine qualitative Interviewstudie im Kontext der Schweizer DRG-Einführung

Eliane Pfister Lipp^{a, c}, Rouven Porz^{a, b}, Verina Wild^a, Nikola Biller-Andorno^a

a Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

b Fachstelle Klinische Ethik, Universitätsspital Bern, Inselspital

c Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule Zollikerberg

Zusammenfassung

Einleitung: Vor dem Hintergrund der anhaltenden Reformbestrebungen im schweizerischen Gesundheitswesen wird die Frage immer drängender, was denn heutzutage eigentlich «gute Medizin» ist und an welchen Zielen sich Reformen messen lassen sollten. Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie haben wir daher Schweizer Gesundheitsfachleute gefragt, was sie persönlich als gute Medizin betrachten. Diese qualitativen Einblicke dienen vorrangig als erster Einblick oder «Ideengeber», um weiterfolgend quantitative Studien zur Thematik planen zu können.

Methode: Es wurden neunzehn qualitative Interviews mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens durchgeführt. Dabei handelte es sich um halbstandardisierte Interviews, für deren Auswertung die Methode der inhaltlichen Strukturierung, ein Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring, angewandt wurde.

Ergebnisse: Die Befragten nannten von ihnen subjektiv wahrgenommene Aspekte einer guten Medizin, die sich vor allem in folgende Kategorien einteilen liessen: (1) Berücksichtigung der Kosten, (2) Zugang zum Gesundheitssystem, (3) ganzheitliche Behandlung, (4) vernetztes Versorgungsangebot und (5) patientenorientierte Medizin.

Diskussion: Die Konzeptionen und Ziele einer «guten Medizin», die in den qualitativen Interviews genannt wurden, sind notwendigerweise subjektiv und nicht verallgemeinerbar. Gleichzeitig ermöglichen unsere Ergebnisse allerdings Einblicke in die Berufswelten von Gesundheitsfachleuten im DRG-Zeitalter. Sollen sich die Gesundheitsreformen an ihren eigenen Zielen und damit verbunden auch an den Zielen einer guten Medizin messen müssen, dann scheint uns unter anderem die systematische Einbeziehung dieser Berufsgruppen zur Konkretisierung der grundsätzlichen Vorstellungen als unerlässlich.

Schlüsselbegriffe: Gute Medizin, Ziele der Medizin, qualitative Studie, DRG

KVG-Teilrevision drei Jahre später schnürte der Bundesrat zwei Gesetzgebungspakete mit jeweils mehreren Botschaften, von denen eine die neue Spitalfinanzierung betraf. Ende 2007 wurde vom Parlament beschlossen, per Anfang 2012 die leistungsbezogene Finanzierung mit Fallpauschalen von akut-stationären Spitalleistungen einzuführen. Doch damit begann eine Diskussion um das vorher kaum wahrgenommene Patientenklassifikationssystem DRG (Diagnosis Related Groups). Diese setzte in der Öffentlichkeit zwar nur zögerlich ein, ist mittlerweile aber allgegenwärtig und wurde teilweise auch sehr emotional geführt [1–7].¹ Aus wissenschaftlicher Sicht wurden mehrere begleitende Forschungsvorhaben zur Untersuchung der DRG-Einführung entwickelt [8–10]. Aber auch andere Reformen und Initiativen wie beispielsweise zur Hausarztmedizin werden derzeit diskutiert und beraten. Diese bisweilen sehr umstrittenen Reformen haben oft das Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken oder mindestens stabil zu halten. Doch auch über die Kosteneffizienz hinaus beeinflussen die Reformen die Medizin und die gesamte Gesundheitsversorgung in einem umfassenden Sinne. Die politische Debatte ist geprägt von der Einflussnahme der diversen Akteure im Gesundheitswesen, von vorgebrachten wissenschaftlichen, vor allem ökonomischen Lösungskonzepten, von politischen Kompromisslösungen und von den hohen und zum Teil widersprüchlichen Erwartungen der Bevölkerung an die Gesundheitsversorgung [11]. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, an welchen inhaltlichen Zielen der Gesundheitsversorgung und spezieller der Medizin sich Gesundheitsreformen orientieren und welche «gute Medizin» sie damit zu erreichen versuchen. Diese Ziele sind längst nicht so klar und evident, wie die angeregte Diskussion über die geeigneten Mittel für die Erreichung der Ziele – welcher

Einleitung: Reformen, Ziele und Visionen

Gegenwärtig stehen im schweizerischen Gesundheitswesen zahlreiche Neuerungen zur Diskussion. Für das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) besteht fast seit seinem Inkrafttreten im Jahr 1996 Reformbedarf. Nach einer erfolgreichen ersten KVG-Teilrevision im Jahr 2000 und dem Scheitern der zweiten

1 Die Schweiz ist nicht das erste Land, das die leistungsbezogene Finanzierung mittels Fallpauschalen eingeführt hat. Zu erwähnen sind etwa die USA, die das System ursprünglich entwickelt haben, oder Deutschland, dessen G-DRG-System die Schweiz zur Helvetisierung gekauft hat. Entsprechend wird international bereits eine DRG-Diskussion geführt. Ausschnitte aus dieser Diskussion sind festgehalten in: Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. DRG und Ethik: Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungsinstrumenten im Gesundheitswesen. Basel: EMH Schweizerischer Ärztenverband; 2011.

auch immer – zuweilen vermuten lässt. Sie befinden sich vielmehr im dynamischen Spannungsfeld einer am Patientenwohl orientierten medizinischen Versorgung, sich verändernder gesellschaftlicher Bedingungen, knapper Ressourcen, wirtschaftlicher und politischer Interessen, Erwartungen der Bevölkerung und medizinischem Fortschritt und müssen deshalb immer wieder neu thematisiert und überdacht werden. Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz wurde 1996 mit den Zielen eingeführt, der gesamten Bevölkerung der Schweiz den Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Versorgungsziel), wirtschaftlich schlechter gestellte Personen finanziell zu entlasten (Solidaritätsziel) und die Entwicklung der Krankenversicherungskosten einzudämmen (Kostendämpfungsziel) [12]. Damit ist aber nicht die Frage beantwortet, welche konkreteren und heute gültigen Ziele eine gute Medizin verfolgen sollte und an welchen Zielen sich einzelne Gesundheitsreformen messen lassen müssen.

In diesem Zusammenhang stellen wir im Folgenden einige Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie vor, bei der verschiedene Personen unter anderem nach ihren individuellen Vorstellungen und Visionen zur «guten Medizin» befragt wurden. Grundlegend für die Durchführung dieser Studie waren dabei Fragen wie: Was sagen Schweizer Gesundheitsfachleute aktuell zu den Zielen der Medizin? Was ist für sie «gute Medizin»? Welchen Mindeststandards sollte die Gesundheitsversorgung ihrer Meinung nach gerecht werden? In welche Bereiche würden sie Geld investieren, wenn welches zur Verfügung stünde? Gehen die Ansichten der Befragten auseinander? Was lässt sich im Lichte dieser Interviews zu den aktuellen Gesundheitsreformen, speziell zur Einführung der DRG, sagen?

Nachfolgend erläutern wir zunächst die Methodik unserer qualitativen Studie. Dann werden zur Illustration einige unserer Ergebnisse präsentiert. Abschliessend reflektieren wir unsere Ergebnisse und deren Interpretation vor dem Hintergrund zweier Studien zu den Zielen der Medizin: *The Goals of Medicine: Setting New Priorities* [13] des Hastings Center und *Zukunft Medizin Schweiz: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts* [14] von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und den fünf Medizinischen Fakultäten der Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich.

Zur Methodik unserer Interviewstudie

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse sind Ausschnitte aus einer qualitativen Interviewstudie, die wir im Rahmen der Konzepterarbeitung für eine ethische DRG-Begleitforschung durchgeführt haben. Qualitative Interviews verstehen sich als erster Schritt, in einem

bestimmten gesellschaftlichen Kontext einzelne Aspekte einer Veränderung und die Folgen herauszukristallisieren, die für die Betroffenen wichtig sind. In einem zweiten Schritt können sie in die Ausarbeitung von quantitativen Studien münden. Die hier vorgestellte Interviewstudie diente unter anderem der Erarbeitung von quantitativen Befragungen im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierten IDoC-Projekts zur Einführung der DRG in der Schweiz (vgl. <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html>). Zwischen April und Oktober 2010 wurden dazu neunzehn qualitative Interviews mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens durchgeführt.² Die Personen wurden erstens gefragt, was sie über die Einführung der DRG in der Schweiz denken und welche Auswirkungen sie vorhersehen, zweitens, was sie als ideale Medizin³ bezeichnen würden und was mögliche Faktoren sind, die diese einschränken, und drittens, was einen guten Arzt oder eine gute Ärztin ausmache. Die Fragen wurden alle offen gestellt, so dass wir spontane Antworten erwarten konnten und durch unsere Fragen (möglichst) keinen inhaltlichen Input mitgegeben haben. Für diesen Artikel werden die Ergebnisse des zweiten Themenblocks herausgegriffen: die Vorstellungen unserer Interviewpartner zu «guter Medizin».

Bei den qualitativen Interviews handelte es sich um halbstandardisierte Interviews, die anhand eines Frageleitfadens durchgeführt wurden. Jedes Interview wurde digital aufgezeichnet und anschliessend transkribiert. Für die Auswertung und Interpretation der Interviews wurde die Methode der inhaltlichen Strukturierung, ein Ansatz der qualitativen Inhaltsanalyse

2 Die Rede ist in unserem Fall von drei Assistenzärztinnen, sechs Chefs, leitenden oder Oberärzten der Pädiatrie, Psychiatrie, Anästhesie, Inneren Medizin, Chirurgie und Onkologie, drei Mitgliedern von Spitalleitungen, einem Direktor eines Pflegeheims, je einem Vertreter der Versicherungsbranche, der Patientenorganisationen und der ärztlichen Berufsverbände sowie einem klinischen Ethiker, einem Ökonomen und einem professionellen Codierer. Es handelte sich um acht Frauen und elf Männer, die teilweise über Zusatzausbildungen in Ethik, Spitalmanagement, Ökonomie oder Codierung verfügten. Im Rahmen einer schriftlichen Befragung und eines Workshops zu ethischen Aspekten der DRG, die das Institut für Biomedizinische Ethik durchgeführt hatte [15], waren die Teilnehmenden befragt worden, ob sie bereit wären, auch an der hier präsentierten weiterführenden qualitativen Interviewstudie teilzunehmen. Der grosse Teil der Interviewpartner konnte auf diesem Weg rekrutiert werden. Der kleinere Teil wurde anschliessend mittels Snowball Sampling gewonnen. Das sogenannte Schneeballverfahren ist hilfreich, um ein Feld zu erschliessen, indem die einzelnen Interviewpartner Vorschläge für den nächsten Interviewpartner machen [16].

3 Wir fragten offen nach der «idealen Medizin», also nach einer Medizin, wie man sie losgelöst von derzeitigen Restriktionen und Bedingungen idealerweise gestalten würde. In den Interviews stellte sich jedoch heraus, dass es für die Interviewpartner schwierig war, eine von den realen Gegebenheiten und Bedingungen losgelöste Medizin zu beschreiben. Wir sprachen daher in den Interviews jeweils sehr schnell von einer «guten Medizin», also von einer Medizin, wie man sie sich mehr oder weniger auf der Grundlage des heutigen Systems und der heutigen Bedingungen wünschen würde. Die hier vorgestellten Aussagen beziehen sich also auf die «gute Medizin», weswegen wir dem Artikel auch diesen Begriff zugrunde legen.

nach Philipp Mayring, angewandt [17]. Ihr Ziel ist es, mittels einer induktiven Kategorienentwicklung bestimmte Themen, Inhalte oder Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Dazu wurde das gesamte transkribierte Textmaterial schrittweise codiert. Unterstützt wurde diese Kategorienbildung mit einer Software für die qualitative Datenanalyse (MaxQDA). Mit einer gegenseitig unterzeichneten Erklärung wurde die vertrauliche und anonyme Handhabung der Daten sichergestellt.

Methodische Limitierungen

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass unsere Studie, wie für qualitative Forschung charakteristisch, keinen Anspruch auf Verallgemeinerung erhebt, sondern lediglich eine qualitative Momentaufnahme darstellt. Auch hat die Studie nicht den Anspruch, die Vorstellungen der befragten Interviewteilnehmer umfassend abzubilden. Die vorliegende Darstellung ist, wie bei qualitativer Forschung ebenfalls üblich, unsere Interpretation der Antworten der Befragten. Insbesondere zur Schneeballmethode (vergleiche Fussnote 3) ist weiterhin kritisch anzumerken, dass sie die Gefahr birgt, in persönlichen Netzwerken verhaftet zu bleiben.

Ergebnisse und Interpretation

Die Aussagen der interviewten Personen zu ihren Vorstellungen von einer guten Medizin haben wir in mehrere Kategorien eingeteilt. Es geht dabei vor allem um (1) die Berücksichtigung der Kosten, (2) den Zugang zum Gesundheitssystem, (3) die Ideen einer ganzheitlichen Behandlung und (4) eines vernetzten Versorgungsangebots sowie (5) die Vorstellung, dass Medizin patientenorientiert sein sollte. Wir illustrieren diese Punkte nachfolgend anhand einiger Interviewzitate, ausserdem geben wir einige Reaktionen unserer Interviewpartner zur Thematik der «beschränkenden Faktoren für die gute Medizin» (6) wieder, zu den «Mindeststandards» (7) und zur von uns offen gestellten Frage, wo sie Geld investieren würden, wenn dieses «einfach so» zur Verfügung stünde, ohne es anderswo reduzieren zu müssen. Diesen letzten Punkt nennen wir «zusätzliches Geld für Gesundheitssystem» (8).

1. Berücksichtigung der Kosten

Vier Interviewpartner nannten spontan die Berücksichtigung der Kosten als wichtiges Element einer guten Medizin. Folgende Zitatbeispiele bringen diese Vorstellung zum Ausdruck:

«[Gute Medizin] heisst Zugang haben zu einem System, das nachhaltig ist. Das heisst, dass es heute und morgen finanzierbar ist. Es muss auch für unsere Kinder noch finanzierbar sein. Das ist für mich nachhaltige Entwicklung. Wir können uns nicht einfach auf Kosten der nächsten Generation

entwickeln. [...] Für mich ist die ideale Vorstellung der Medizin die bestmögliche Versorgung in einem System, dessen Finanzierung nachhaltig bleibt. [...] Es muss uns klar sein, dass das einen Preis hat und dass wir das nachhaltig zu halten haben.» (Interview 19, Absatz 42)

«Es ist durchaus auch wichtig zu bedenken, dass man eben nicht nur gegenüber den Patienten, sondern auch gegenüber der Gesellschaft ein Mandat hat, und es ist auch wichtig, dass man sich dessen auch bewusst ist, dass es eben auch tatsächlich in den Behandlungen, die wir haben, bei einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem wichtig ist, wie viel was kostet, und dass man auch lernt damit umzugehen. [...] Und die Medizin, denke ich, ist gut, die patientenorientiert ist, die den Patienten einbezieht, die auf der besten wissenschaftlichen Evidenz beruht und die sich aber auch im Klaren ist, dass wir da mit Gütern umgehen, die eben nicht unbegrenzt sind.» (Interview 1, Absatz 44)

In diesen Aussagen kommen Werte zum Ausdruck wie (wirtschaftliche) Nachhaltigkeit, ein Bewusstsein für knappe Ressourcen und die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und der nächsten Generation. Erwähnenswert ist der Aspekt, dass diese Werte nicht unbedingt als Faktoren beschrieben werden, die der guten Medizin im Wege stehen, sondern als integrale Bestandteile einer guten Medizin.

2. Zugang zur medizinischen Versorgung

Drei Interviewpartner nannten spontan den offenen Zugang zur medizinischen Versorgung als Charakteristikum guter Medizin. Folgende Zitate illustrieren dies:

«Es braucht einen Zugang zu einem System, das jedem Einwohner, jedem Mensch in einem Land sein gesundheitliches Problem löst. Es braucht diesen Zugang unabhängig von Einkommen und so weiter. Ich bin natürlich viel zu lange in diesem System, als dass ich nicht weiss, dass es in dem Sinn, wenn man will, zwei Klassen gibt.» (Interview 4, Absatz 66)

«Alle müssen unabhängig von ihrem Reichtum, also vom ökonomisch-wirtschaftlichen Zustand, Zugang zur medizinischen Betreuung haben.» (Interview 8, Absatz 42)

Den Aussagen ist nicht klar zu entnehmen, ob vorbehaltlos alle Menschen in einem Land gemeint sind, also auch Personen mit einem besonderen rechtlichen Status wie etwa Sans-Papiers. Es scheint den Befragten jedoch wichtig zu sein, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung nicht von den persönlichen finanziellen Mitteln abhängen darf. Zusätzlich soll es – auch gemäss anderer Aussagen – nicht irgendeine Medizin sein, zu der man Zugang hat, sondern eine vertretbare, gute Medizin.

3. Ganzheitliche Betrachtung und Behandlung

Drei Interviewpartner erwähnten spontan die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung eines Patienten als wichtiges Element einer guten Medizin. Zitatbeispiele dazu sind folgende:

«[Eine gute Medizin ist] eine Medizin, die die Patienten in ihrer Ganzheit erfasst.» (Interview 17, Absatz 53)

«Damit möchte ich sagen, dass für mich die Medizin nicht nur der Teil ist, oder meine ideale Medizin nicht nur der Teil ist, bei dem ich mit einem Skalpell und viel Blut oder einem Antibiotikum etwas repariere, sondern das beginnt vorher und endet schliesslich auch nicht mit der Tatsache, dass ich nichts mehr machen kann. Auch das ist eine Aufgabe, die ich im Gesundheitswesen sehe. [...] Eben, ich denke das Ganzheitliche, das umfasst die Perspektive vor einer Krankheit und nach einer Krankheit, nicht [nur] das Unmittelbare.» (Interview 15, Absatz 34)

Gemäss dieser Zitate scheinen die Befragten die Vorstellung zu haben, dass die Patienten unter Beachtung der psychosozialen Umstände möglichst ganzheitlich behandelt werden sollten.

4. Vernetztes Leistungsangebot

Drei Interviewpartner betonten explizit die Bedeutung eines vernetzten Leistungsangebots. Folgende Zitate bringen dies zum Ausdruck:

«Ein zweites Kriterium ist, dass es eine Medizin sein muss, die möglichst vernetzt agiert, das heisst, möglichst in Zusammenarbeit mit Hausärzten oder mit den nachbetreuenden Stellen, Spitex, Pflegeheim usw. Eine Medizin, die im Netzwerk funktioniert, in dem man in der Lage ist, für spezielle Krankheiten auch alle Akteure an einen Tisch zu holen und chronisch Kranke angemessen zu behandeln.» (Interview 11, Absatz 50)

«Also die Idee wäre in dem Fall, dass man im Sinn eines Versorgungsnetzes eigentlich, also dass das Spital – nehmen wir die ganze Gesundheitsversorgung eines Menschen, da ist das Spital vielleicht ein Bereich –, dass es aber zusammenarbeitet mit Sozialarbeit, Kirche, Physiotherapie etc.» (Interview 9, Absatz 39)

Die Aussagen zielen darauf ab, den Patienten eine möglichst gut koordinierte und vorausschauende medizinische wie pflegerische Versorgung zu bieten, die die verschiedenen Sektoren, vor allem den ambulanten und stationären, aber auch andere Versorgungsbereiche besser miteinander verbindet.

5. Patientenorientierte Medizin

Eine gute Medizin ist gemäss drei Interviewpartnern vor allem eine patientenorientierte Medizin. Dazu folgende Beispiele:

«Ich glaube, es muss eine Medizin sein, die sehr auf Zusammenarbeit und Information des Patienten zentriert ist. Und nicht mit dem Patienten irgendwelche Sachen macht, sondern möglichst versucht, die Fähigkeit des Patienten, sich selber zu heilen und seinen Anteil daran zu nehmen, zu mobilisieren.» (Interview 11, Absatz 50)

«Und die Medizin, denke ich, ist gut, die patientenorientiert ist, die den Patienten einbezieht.» (Interview 1, Absatz 44)

Mit ihrem Fokus auf das Wohl des Patienten enthalten diese Aussagen auch den Respekt vor der Autonomie und dem Willen des Patienten, einschliesslich einer guten Aufklärung.

6. Faktoren, die eine gute Medizin einschränken

Die Meinungen darüber, welche Faktoren die Umsetzung medizinischer Ideale in der Praxis erschweren, fielen individuell aus.⁴ Folgende Zitatbeispiele illustrieren die Bandbreite:

«Also bei uns natürlich immer der Zeitfaktor. Bei uns dauert eine Visite pro Zimmer drei Minuten.» (Interview 16, Absatz 18)

«Was sozusagen das Hauptproblem für eine gute Medizin ist, tatsächlich, das ist, dass sich die Vergütung von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden nicht unbedingt danach richtet, was tatsächlich für den Patienten relevant ist, sondern es werden bestimmte Dinge vergütet, die, wie zum Beispiel bestimmte Untersuchungen, wie MRTs oder diagnostische Untersuchungen, die sehr viel Geld binden. Und es wird zum Beispiel extrem wenig getan für Zeitrressourcen oder Gesprächsressourcen. Man weiss, denke ich, dass das für die Qualität der Patientenversorgung nicht nur psychisch, sondern auch physisch hochrelevant ist.» (Interview 1, Absatz 48)

«Wir haben ein Strukturproblem, denn besonders in der Psychiatrie, ich denke, das ist in anderen Fächern auch so, ist die Behandlungskontinuität sehr wichtig. Und daher ist eigentlich diese Grenze zwischen stationär und ambulant einfach überhaupt nicht sinnvoll. Diese klare Grenzziehung, die ist einfach in Deutschland und auch in der Schweiz ganz massiv gegeben und behindert die Versorgung der Patienten einfach so.» (Interview 6, Absatz 38)

7. Mindeststandards

Als Antwort auf die Frage, welche Mindeststandards der Gesundheitsversorgung in der Schweiz erfüllt sein müssten, wurden von zehn Interviewpartnern fünfzehn verschiedene Mindeststandards genannt, von de-

⁴ Zu beachten ist, dass dieses Thema nur in vier Interviews explizit zur Sprache kam. Dieser Umstand entspringt der gewählten Form der halbstandardisierten Interviews.

nen nur zwei mehrmals erwähnt wurden. Letztere sind das Recht auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und das Recht auf eine angemessene Behandlung. Alle anderen Antworten fielen sehr individuell aus. Die thematische Bandbreite ist neben den beiden genannten Rechten beachtlich:

«Minimalstandards ... ich denke, dass Impfungen zugänglich sind für alle, für alle Personen, vor allem für Kinder, einfach gerade um Prävention zu machen, dass wir keine Epidemien mehr haben mit Masern und so, oder Polio. Das finde ich ganz wichtig, dass das gegeben ist.» (Interview 16, Absatz 38)

«Und was ich wirklich möchte, ist flächendeckend verbindliche Qualität und Qualitätssicherung. Das ist mir eigentlich am wichtigsten.» (Interview 17, Absatz 95)

«Sie [die Patienten] sollten nicht einfach verlassen werden. Dann kommt man einfach in solche Fragen rein, Zuwendung und so. Der Wert des Menschen kommt immer durch das zustande, was sie ihm zusprechen. Aus ihm [dem Menschen] kommt wahrscheinlich wenig, man [muss] ihm etwas zusprechen.» (Interview 13, Absatz 58)

«Grundbedingungen, das ist ganz klar heutzutage: eine apparative Ausstattung in Spitälern, die aus diagnostischen Gründen zunehmend wichtiger werden. Man muss gute bildgebende Verfahren zur Hand haben.» (Interview 2, Absatz 38)

8. Offene Frage: zusätzliches Geld für das Gesundheitssystem?

Auf die Frage, in was sie als Erstes zusätzliches Geld investieren würden, wenn es für das Gesundheitswesen zur Verfügung stünde, ohne irgendwo anders weggenommen werden zu müssen, wurden von unseren Interviewpartnern die verschiedensten Bereiche genannt. Nachfolgend einige Beispiele zur Illustration:

«Ich weiss nicht, wie gut es zum Investieren ist, aber ich würde sagen in die Sozialhilfe. Es gibt viele Sachen, die bei uns im Spital landen, die eigentlich keine kranken Leute sind, sondern Leute, die soziale Probleme haben, die nirgends gut versorgt sind. Ich weiss auch nicht, Alkoholiker, die landen immer wieder bei uns, und wir müssen sie immer wieder die ganze Nacht auf der Intensivstation sedieren und fixieren, damit sie ruhig sind. [...] Viele Leute brauchen einen Ort, wohin sie gehen können, oder Leute, die ihnen im Leben etwas helfen. Und das fehlt mehr als Technik.» (Interview 18, Absatz 112)

«Da würden Sie jetzt wahrscheinlich fünfzig verschiedene Antworten bekommen, wenn Sie einen Chefarzt fragen, wenn Sie eine Pflegedienstleiterin, wenn Sie mich fragen ... Ich reagiere, wie jemand reagiert, der ein vollkommen unternehmeri-

ches Denken internalisiert hat. Das hat ja auch mit Prämissen zu tun, mit Prägungen. Wenn man an einer Wirtschaftshochschule ausgebildet worden ist, dann ist man nicht einer, der in den Strukturen der Caritas denkt. Das ist einfach so. Das heisst, wenn ich viel Geld hätte, würde ich alles daran setzen, um das langfristige Überleben eines Unternehmens sicherzustellen, nicht kurzfristig irgendwie in Weichspülermethoden und Maximalkomfort, sondern für die Zukunft investieren. Neu bauen, Komfort schaffen für die Patienten, Infrastrukturen, die sehr leistungsfähig sind, ich würde vor allem investieren.» (Interview 12, Absatz 81)
«In Register für Behandlungsqualität, das ist überhaupt keine Frage.» (Interview 13, Absatz 85)
«Forschung. Das ist das, was die Medizin weiterbringt.» (Interview 2, Absatz 70)
«Wenn zusätzliches Geld für das Gesundheitssystem vorhanden wäre ... das würde ich für die Patientengruppen investieren, die anerkanntermassen nicht lukrativ für die Pharma- und Medizinprodukteindustrie sind, also wo man wirklich weiss, dass es Mankos gibt. Polymorbide Patienten, chronisch kranke Patienten, die, wo die Evidenz schlecht ist, und die nicht lukrativ sind, also das ist so etwas, wo man sozusagen einen Gerechtigkeitsausgleich finden muss.» (Interview 1, Absatz 106)

Sozialhilfe, Zukunft, Qualität, Forschung, bestimmte Patientengruppen – breiter könnten die Antworten nicht ausfallen. Von 17 Interviewpartnern und -partnerinnen wurden 15 verschiedene Bereiche genannt. Die thematische Bandbreite der Antworten auf diese bewusst offene Frage empfanden wir als ausserordentlich beachtenswert. Sie illustriert, wie die Einschätzungen vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen, Werte und Prioritäten divergieren.

Diskussion: Ziele guter Medizin?

Die von uns interviewten Personen wussten im Voraus nur, dass sie zur Einführung der DRG befragt würden, aber nicht, welche genauen Fragen sie im Interview zu erwarten hatten. Insbesondere die hier thematisierte Frage nach der «guten Medizin» wurde in den Interviews als herausfordernd empfunden. Nach manchem kurzem Überlegen und Innehalten nannten jedoch alle Befragten einen oder mehrere Aspekte einer solchen Medizin. Insofern sind die oben illustrierten Vorstellungen auch nicht als ausgereifte Konzeptionen zu verstehen. Dennoch, einige Aspekte wurden von mehreren Personen genannt, so etwa die finanzielle Nachhaltigkeit oder der zu gewährleistende Zugang zur Versorgung; andere Aspekte blieben individuelle Anliegen. Fasst man die diversen «unausgereiften» Aspekte dennoch zusammen, so ergibt sich ein breites Bild der gu-

ten Medizin, das hauptsächlich von einem gerechten Zugang zu einer qualitativ guten und adäquaten Versorgung, von Nachhaltigkeit, von einer ganzheitlichen Patientenbetrachtung und -behandlung sowie von vernetzten und langfristig ausgerichteten Versorgungsstrukturen geprägt ist. In vielen Aussagen der befragten Personen kam zum Ausdruck, dass der Patient und sein Wohl dabei im Zentrum stehen sollen. Im Folgenden evaluieren wir diese Ergebnisse vor dem Hintergrund einer internationalen Studie des Hastings Centers sowie einer Studie der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften zu den Zielen der Medizin.

Hastings Center Report: The Goals of Medicine

Eine internationale Gruppe von Wissenschaftlern⁵, koordiniert vom Hastings Center, hat sich in den 1990er Jahren mit der Frage auseinandergesetzt, welche Ziele der Medizin unter Berücksichtigung der aktuellen Bedingungen und Probleme (zum Beispiel Ressourcenknappheit) verfolgt werden sollten ([13], Preface). Anlass, diese Frage zu bearbeiten, waren verschiedene neue Herausforderungen an die moderne Medizin. Nach kontroversen Diskussionen konnten sich die beteiligten Wissenschaftler auf vier Ziele der Medizin einigen ([13], S. 9–14):

1. The prevention of disease and injury and promotion and maintenance of health
2. The relief of pain and suffering caused by maladies
3. The care and cure of those with a malady, and the care of those who cannot be cured
4. The avoidance of premature death and the pursuit of a peaceful death.

Diese Ziele sollten als Orientierung für die Gestaltung des Gesundheitswesens, für die zukünftige biomedizinische Forschung und für die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte dienen können.

Zukunft Medizin Schweiz: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Vor dem Hintergrund, dass sich die Medizin «mitten in [einer] krisenhaften Umgestaltung der Gesellschaft» befinde ([14], S. 5), hat eine Expertengruppe der SAMW, der FMH und von fünf medizinischen Fakultäten versucht, einen Konsens über die Ziele und Aufgaben der Medizin zu erarbeiten. Die Medizin könne «nicht anders, als immer und von neuem ihre Definitionen des Menschlichen, ihre ethischen Grenzen und ihre Ziele dem gesellschaftlichen Umfeld anzupassen und neu festzulegen» (ebd.). Die Expertengruppe nennt folgende sechs Ziele der Medizin (vgl. [14], S. 31–33):

1. Verbesserung einer eingeschränkten körperlichen Integrität sowie Förderung und – so weit möglich – Wiederherstellung der somatischen, psychischen und sozialen Funktionsfähigkeit

2. Förderung des körperlichen und psychischen Wachstums und Unterstützung einer lebenslangen Entwicklung
3. Linderung körperlicher und seelischer Schmerzen
4. Betreuung und Pflege kranker Menschen mit Einbezug des Umfelds
5. Rettung und Erhaltung von Leben
6. Erhaltung der Gesundheit, einschliesslich der Krankheits- und Unfallprävention, und Optimierung der Lebens- und Umweltbedingungen.

Unsere Interviewstudie: die Konkretisierung der Ziele als Problem

Vergleicht man die Antworten aus unserer Interviewstudie mit den Zielen, die die beiden vorgestellten Projekte des Hastings Centers und der SAMW ermittelt haben, so sind zwei Beobachtungen festzuhalten.⁶

Erstens scheinen die meisten Interviewpartner und -partnerinnen den Begriff «Medizin» umfassender zu verstehen als die beiden Projekte, die sich vornehmlich mit der Medizin als solcher und weniger mit dem Gesundheitswesen als Ganzem beschäftigen. Viele Interviewbeispiele deuten darauf hin, dass die Medizin von den Befragten spontan mit der gesamten Gesundheitsversorgung gleichgesetzt wurde, obwohl in den Interviews nach einer «guten Medizin» und nicht nach einem «guten Gesundheitswesen» gefragt wurde. So ist beispielsweise fraglich, ob der häufig genannte Zugang zur medizinischen Versorgung wirklich ein Ziel der *Medizin* ist oder nicht vielmehr ein Ziel der Versorgung als *System*. In ähnlicher Hinsicht lässt sich die Ansicht dreier Interviewpartner interpretieren, die erklärten, eine Medizin sei dann gut, wenn die verschiedenen Versorgungsangebote miteinander vernetzt sind. Die Vorstellungen und Ziele, die hinter den in den Interviews genannten Aspekten einer guten Medizin stehen, weichen insofern ab von den in der Hastings-Center- und der SAMW-Studie genannten Zielen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass für die Menschen in der Praxis «Medizin» nicht losgelöst vom systemischen Gesamtkontext gesehen wird und sich die einzelnen Befragten immer als Teil dieses Systems empfinden. Bezogen auf den Kernbereich der «Medizin» stimmen jedoch auch einige Aspekte unserer Studie mit den in den anderen Untersuchungen formulierten Zielen überein, so zum Beispiel die grundsätzliche Idee, Gesundheit (wieder-)herzustellen, oder die Forderung, der palliativen Versorgung viel Bedeutung beizumessen. Aus einer Untersuchung von Norman Daniels, Donald Light und Ronald Caplan, die sich explizit mit der Frage nach einem guten Gesundheitssystem beschäftigt, resultierten die vielbeachteten zehn «Benchmarks of Fairness for Health Care Reforms» [18]. Ge-

5 Es handelte sich dabei um Wissenschaftler folgender Gebiete: «medicine, biology, law, philosophy, theology, health policy, administration, politics, and public health» ([13], Preface).

6 Es ist klar, dass die beiden Fragestellungen – zum einen nach der *idealen* bzw. *guten* Medizin und zum anderen nach den *richtigen Zielen* der Medizin – nicht deckungsgleich sind. Dennoch lässt sich die Konzeption einer guten Medizin auch als Ziel formulieren und umgekehrt.

rechtigkeit ist dabei das entscheidende Kriterium: Anhand der einzelnen Benchmarks lassen sich Gesundheitsreformen oder Reformvorschläge auf verschiedene Aspekte von Gerechtigkeit hin bewerten. Die ersten beiden Bezugswerte thematisieren den universalen und von finanziellen und anderen Bedingungen unabhängigen Zugang zur Gesundheitsversorgung, der auch von mehreren unserer Interviewpartner genannt wurde. Die in unseren Interviews ebenfalls relativ häufig genannte Berücksichtigung der Kosten, die eine gute Medizin beinhalten müsse, ist in den Benchmarks von Daniels et al. gleichfalls enthalten.

Zweitens fällt auf, dass Konzeptionen und Ziele einer guten Medizin sowohl in den Interviews als auch in der zitierten Literatur sehr allgemein gehalten sind. Das ist, wenn man ganz allgemein nach den Zielen guter Medizin fragt, zunächst nicht anders zu erwarten. Sollen sich aber, wie einleitend gefordert, Gesundheitsreformen nicht nur an ihren eigenen Zielen, sondern damit verbunden auch an den Zielen einer guten Medizin messen lassen, dann ist eine Konkretisierung der grundsätzlichen Vorstellungen und Ziele notwendig. Denn im Lichte allgemein gehaltener Vorstellungen – ob hinsichtlich des Kernbereichs der Medizin oder des gesamten Versorgungssystems – lassen sich Gesundheitsreformen, zumal wenn sie noch vor ihrer konkreten Umsetzung und Implementierung stehen, nicht beurteilen.

Betrachten wir beispielsweise die DRG-Reform in der Schweiz, so kann zwar anhand des grundsätzlichen Ziels eines gerechten Zugangs die Frage gestellt werden, ob dieses Ziel mit der Reform eingehalten oder erreicht wird. Um diese Frage aber sinnvoll beantworten zu können, muss zunächst überlegt werden, wer die vulnerablen Gruppen sind und inwiefern sie von einem schlechteren Zugang betroffen sein könnten. Auch die Antwort auf die Frage, wie sich der Einbezug des Umfelds bei der Betreuung und Pflege kranker Menschen (so in einem der SAMW-Ziele formuliert) mit den DRG verändert, hängt entscheidend davon ab, was als Umfeld definiert wird und auf welche Weise und wie ausgeprägt dieser Einbezug stattfinden soll. Eine gesellschaftspolitische Diskussion über ganz konkrete und situationsbezogene Vorstellungen der anzustrebenden Medizin und Gesundheitsversorgung ist daher gerade in Bezug auf die Bildung und Umsetzung neuer Gesundheitsreformen unerlässlich.

Eine abschliessende Bemerkung soll der beobachteten Perspektivenvielfalt gelten: Auch wenn die wenigsten Interviewpartner und -partnerinnen die gleichen Aspekte einer ihrer Ansicht nach guten Medizin genannt haben, heisst das nicht unbedingt, dass die einen den Vorstellungen der jeweils anderen nicht zustimmen würden. Dennoch ist es wichtig festzuhalten, dass alle befragten Personen die ihnen gestellten Fragen aus ihrer je individuellen Perspektive heraus ganz anders beantwortet haben und sie die verschiedenen Aspekte somit anders gewichten. Besonders deutlich wird dies

bei den Fragen nach den Mindeststandards der medizinischen Versorgung und nach demjenigen Bereich des Gesundheitswesens, in den sie als Erstes Geld investieren würden. Hier gab es bei neunzehn Interviews kaum zwei gleiche Antworten. Der Tatsache, dass die Beurteilung aus der jeweils unmittelbar und aus der eigenen, persönlichen Perspektive erfolgt, kommt bei der moralischen Diskussion um die richtigen Ziele grosse Bedeutung zu. Es gilt anzuerkennen, dass jeder aus seiner eigenen Perspektive auf die Welt blickt und dass diese Perspektive zwar sicherlich veränderbar ist, sie aber niemand ganz ablegen kann. Deshalb ist es uns wichtig, mit einer Studie wie der vorliegenden die jeweiligen Sichtweisen und damit die Gründe für eine moralische Einstellung nicht nur ernsthaft kennenzulernen, sondern die verschiedenen Perspektiven dann auch zu reflektieren und zu integrieren, um sich nicht nur auf seine eigene zu verlassen. Ebendies macht den Unterschied aus zwischen einer (persönlich gefärbten) moralischen und einer (methodisch reflektierten) ethischen Vorgehensweise.

Interessenkonflikte: Die Autoren bestätigen, dass hinsichtlich des Beitrags keine Interessenkonflikte bestehen.

Abstract

“What is good medicine, actually?” – A qualitative interview study in the context of DRG payment introduction in Switzerland

Introduction: The question “What is good medicine, actually?” and the question of the goals against which the impact of health policies can be measured, is becoming more pressing in the context of efforts for reform in the Swiss health care system. We conducted a qualitative interview study of Swiss health professionals to explore what they personally viewed as good medicine. Such qualitative insights serve mostly as initial explorations or “sources of ideas”, on which to plan quantitative studies of the topic as a next step.

Methods: We conducted 19 semi-structured qualitative interviews with different stakeholders in the health care system. Data were analyzed using inductive category development, an approach to qualitative content analysis developed by Philipp Mayring.

Results: Participants mentioned subjectively perceived aspects of good medicine which could be categorized as follows: (1) taking costs into account, (2) access to the health care system, (3) holistic therapy, (4) networked care and, (5) patient-centered medicine.

Discussion: The concepts and goals of good medicine which arise from qualitative interview studies are of course subjective and not generalizable. Our findings nevertheless provide useful insights into the perceptions of health care professionals at the time of DRG introduction in Switzerland. Inasmuch as health reforms need to be measured against their own goals, and thus

against the goals of good medicine, the inclusion of these professional groups in the elaboration of such fundamental underlying concepts appears to us as unavoidable.

Résumé

«Que signifie pour vous une bonne médecine?» – une étude qualitative, basée sur des interviews, dans le contexte de l'introduction des DRG en Suisse

Introduction: Dans le contexte des efforts continus déployés pour réformer le système de santé suisse, il est de plus en plus légitime de se demander ce qu'est au juste, actuellement, une «bonne médecine» et à quels objectifs des réformes peuvent être mesurées. Dans le cadre d'une étude qualitative basée sur des interviews, nous avons demandé à des professionnels de la santé suisses ce qu'ils considèrent personnellement comme une bonne médecine. Ces aperçus qualitatifs servent tout d'abord d'informations ou de «fournisseurs d'idées» afin d'être en mesure de planifier des études quantitatives à ce sujet.

Méthode: 19 interviews qualitatives ont été réalisées avec différents acteurs du système de santé. Il s'agissait d'interviews semi-standardisées; leur évaluation a été réalisée selon la méthode de structuration du contenu, une approche de l'analyse qualitative des contenus selon Philipp Mayring.

Résultats: Les personnes sondées ont cité des aspects subjectifs pouvant être répartis dans les catégories suivantes: (1) Considération des coûts, (2) Accès au système de santé, (3) Traitement global, (4) Offre de soins en réseau et (5) Médecine orientée vers le patient.

Discussion: Les différentes conceptions et les objectifs d'une bonne médecine sont forcément subjectifs dans les interviews qualitatives et ne peuvent donc pas être généralisés. Mais, en même temps, les résultats permettent d'avoir un aperçu utile du monde des professionnels de la santé à l'ère des DRG. Si les réformes dans le domaine de la santé doivent être évaluées en fonction de leurs propres buts et donc des buts d'une bonne médecine, l'intégration de ces groupes professionnels nous semble indispensable à la concrétisation des conceptions fondamentales.

Korrespondenz:

Dr. Eliane Pfister Lipp
Stiftung Diakoniewerk Neumünster
Neuweg 16
CH-8125 Zollikerberg

E-Mail: eliane.pfisterlipp[at]dwn.ch

Eingang des Manuskripts: 11.11.2011

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 15.8.2012

Annahme des Manuskripts: 1.9.2012

Referenzen

1. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE). Stellungnahme zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. 2008; Nr 15.
2. Witte F. Die Zeit drängt. Ein Jahr ist fast zu wenig. Schweizerische Ärztezeitung. 2010;49:1944–8.
3. Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik. Schweizerische Ärztezeitung. 2008;9:361–5.
4. Rogler G. Das ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. Schweizerische Ärztezeitung. 2010;9:371–4.
5. Hölzer S, Hergeth C, Schmidt C. Arbeiten im Hinblick auf ein leistungsgerechtes Abgeltungssystem spitalstationärer Leistungen ab 2012. Schweizerische Ärztezeitung. 2010;15:578–9.
6. Falsche Versprechen. Neue Zürcher Zeitung. 2011 März 1;23.
7. Ein wirksames Instrument. Neue Zürcher Zeitung. 2011 März 1;23.
8. Meyer B, Locher H, Paccaud F. SwissDRG: Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich. Schweizerische Ärztezeitung. 2009;40:1533–8.
9. Meyer B. SwissDRG: Ausschreibung für begleitende Untersuchung. Schweizerische Ärztezeitung. 2011;10:353.
10. Siehe <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html>.
11. gfs.bern/interpharma. Gesundheitsmonitor 2010. 2010.
12. Bundesamt für Gesundheit. Allgemeine Informationen zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) [Internet]; 5.2.2010. Available from: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de>
13. The Hastings Center. Special Supplement: The Goals of Medicine: Setting New Priorities. The Hastings Center Report. 1996;26(6): S1–27.
14. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Ziele und Aufgaben der Medizin im 21. Jahrhundert. 2004.
15. Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. Kriterien für die DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive. Schweizerische Ärztezeitung. 2009;90:1553–6.
16. Przyborski A, Wohlrab-Sahr, M. Qualitative Sozialforschung. München: Oldenbourg; 2008. p. 181.
17. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen Und Techniken. 11. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010.
18. Daniels N, Light D, Caplan RL. Benchmarks of Fairness for Health Care Reforms. Oxford: Oxford University Press; 1996.