

Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation

Welchen Zusammenhang gibt es zwischen der Entwicklung in der
Humanmedizin und jener in der Spitalorganisation?

Im Auftrag
des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abt. Gesundheitsberufe
Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi, Dr. Philipp Dubach

Bern, 30. November 2016

Impressum

Vertragsnummer:	16.008630 / 704.0001 / -782
Laufzeit:	31.04.2016 – 31.12.2016
Co-Leitung des Projekts:	Bundesamt für Gesundheit Nuria del Rey, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe H+ Die Spitäler der Schweiz Jürg Winkler, Projektleiter Personal-und Bildungspolitik
Kontakt:	Bundesamt für Gesundheit BAG Schwarzenburgstrasse 157 3003 Bern
Zitiervorschlag:	Kilian Künzi, Jäggi Jolanda und Philipp Dubach (2016): Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation, Bern: Bundesamt für Gesundheit

Dank

Die vorliegende Studie wäre ohne Unterstützung zahlreicher Personen nicht entstanden. Wir bedanken uns bei den interviewten Expertinnen und Experten, die sich für die ausführlichen Gespräche Zeit genommen und uns ihr Wissen mitgeteilt haben. Den Mitgliedern der Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation» der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» sind wir für den wertvollen Austausch und ihre Anregungen zu Dank verpflichtet. Der Co-Projektleitung BAG und H+ danken wir für ihr Engagement und die umsichtige Führung des Projekts.

Bern, im November 2016

Kilian Künzi, Jolanda Jäggi, Philipp Dubach

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Zusammenfassung	IV
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
2 Methodisches Vorgehen	2
2.1 Begriffe, Daten und Fakten	2
2.2 Literatur- und Dokumentenanalyse	2
2.3 Expertengespräche	3
2.4 Aufbau des Berichts	3
3 Definition zentraler Begriffe	4
3.1.1 Spezialisierung in der Humanmedizin	4
3.1.2 Spitalorganisation	4
3.1.3 Fragmentierung der Spitalorganisation	4
3.1.4 Patientennutzen und Maximalmedizin	4
4 Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz	5
4.1 Entwicklung der Spitallandschaft	5
4.1.1 Entwicklung anhand der Krankenhausstatistik des BFS	5
4.1.2 Ausdifferenzierung von Strukturen innerhalb von Spitälern	7
4.2 Entwicklung der Workforce	11
4.3 Fakultäten, Lehrstühle, Professuren	13
4.4 Fazit	14
5 Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse	15
5.1 Schlüsselfaktoren der Spitalorganisation in der Schweiz	15
5.1.1 Schweizer Spitallandschaft: Merkmale und Herausforderungen	15
5.1.2 Einfluss der Finanzierung auf Spezialisierungstendenz und Spitalorganisation	17
5.2 Mechanismen universitärer und klinischer Karrieren	19
5.2.1 Zusammenspiel zwischen Akademie, Forschung und Klinik	19
5.2.2 Interessen und Anliegen der Ärzteschaft	21
5.2.3 Entstehung neuer Institute, Kliniken und Professuren	22
5.3 Patientennutzen und Behandlungsqualität	23
5.3.1 Evidenz für Über-, Unter-, Fehlversorgung	23
5.3.2 Behandlungskontinuität und Koordination der Patientenpfade	25
5.3.3 Exkurs: Hospitalists	27
5.4 Fazit	28
6 Ergebnisse der Expertengespräche	30
6.1 Felder und Erscheinungsformen der Spezialisierung	30
6.1.1 Spitalorganisation	30
6.1.2 Fakultäten	30

6.1.3	Ärztliche Weiterbildung	31
6.2	Prozesse der Spezialisierung und ihre Akteure	32
6.2.1	Abläufe und Wechselwirkungen	32
6.2.2	Treiber, Motive und Akteure	36
6.3	Risiken und negative Folgen der Spezialisierung	40
6.4	Mögliche Lösungs- und Steuerungsansätze	43
6.5	Fazit	44
7	Schlussbemerkungen	46
8	Literaturverzeichnis	48
8.1	Quellen und Literatur Schweiz	48
8.2	Internationale Publikationen	51
9	Anhang	55
9.1	Visualisierung des Untersuchungsfelds	55
9.2	Stichprobe der befragten 20 Expertinnen und Experten	56

Zusammenfassung

Einleitung

In den letzten Jahren lässt sich in der Humanmedizin eine **zunehmende Spezialisierungstendenz** feststellen. Die international stattfindende Entwicklung wird gemeinhin auf den wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt der Medizin zurückgeführt.

In den Spitälern, die als Weiterbildungsstätten, Versorgungszentren und – im Falle der Universitätsspitäler – auch als Zentren der fakultären Entwicklung fungieren, kann die zunehmende Ausdifferenzierung, etwa durch die Schaffung immer neuer Kliniken, zu einer Fragmentierung der Spitalorganisation führen. Eine solche Zergliederung steht in gewissem Widerspruch zu zukünftigen demografisch bedingten Herausforderungen (Zunahme polymorbider, chronisch kranker älterer Menschen), denen gemäss Fachleuten mit integrierten Versorgungsmodellen begegnet werden sollte.

Vor diesem Hintergrund hat die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) betriebene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» die Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation» lanciert. Um eine Basis für weitere Arbeiten der Themengruppe zu erhalten, hat das BAG in Co-Leitung mit H+ Die Spitäler der Schweiz die Erarbeitung einer **Situations- und Problemanalyse** in Auftrag gegeben, die eine kritische Auseinandersetzung mit der zunehmenden Spezialisierung, den Fragmentierungstendenzen und den zugrundeliegenden Faktoren sowie eine Diskussion von Lösungsansätzen ermöglichen soll.

Im Zentrum stehen vier **Fragenbereiche**:

- Schlüsselfaktoren, die die Organisation und die Strukturen der Spitäler bestimmen
- Mechanismen universitärer und klinischer Karrieren in der Medizin
- Wechselwirkungen zwischen Spitalorganisation, ärztlicher Weiterbildung und Karrieren in der Medizin
- Patientennutzen und Behandlungsqualität

Die Studie richtet den Fokus dabei nicht auf die positiven Aspekte der Spezialisierung, sondern auf allfällige negative Begleiterscheinungen wie Zergliederung und Schnittstellenprobleme.

Methodisch beruht der Bericht auf Literatur- und Dokumentenanalysen (statistische Daten für die Schweiz, Jahresberichte ausgewählter Spitäler, nationale und internationale Literaturrecherche) sowie 20 leitfadengestützten Expertengesprächen mit Vertreter/innen aus Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitälern sowie weiteren

Akteuren aus der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und der Gesundheitspolitik.

Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz

Die Zusammenstellung von statistischen Daten zeigt, dass das Ausmass der Spezialisierung schwierig zu erfassen ist – insbesondere dann, wenn gesamtschweizerische Entwicklungen aufgezeigt werden sollen. Dies hat damit zu tun, dass sich die Spezialisierung vielfach in Formen und Organisationseinheiten abspielt, die sich einer Erfassung in einheitlichen statistischen Kategorien entziehen:

- Anhand der Daten der Krankenhausstatistik des BFS lassen sich Entwicklungen der Spezialisierung nur sehr beschränkt abbilden. Auffallend sind der Rückgang der Grundversorgungsspitäler und der Ausbau der Zentrumsversorgung. Spezialisierte Strukturen innerhalb der einzelnen Betriebe sind nicht sichtbar.
- Auf der Grundlage von Jahresberichten einzelner Betriebe lässt sich die Tendenz zur Spezialisierung und Ausdifferenzierung zwar besser nachvollziehen, die Betrachtung von Organigrammen alleine reicht jedoch nicht. Erschwerend für die Interpretation ist die heterogene Verwendung von Begriffen wie Klinik, Abteilung, Bereich, Zentrum etc.
- In den administrativen Statistiken der FMH oder des Medizinalberuferegisters des BAG zu den erworbenen Facharzttiteln oder Schwerpunkten wird eine zunehmende Spezialisierung der Workforce in den letzten Jahren sichtbar.

Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse

Die Wechselwirkungen zwischen Karrieren, ärztlicher Weiterbildung und Spitalorganisation in Bezug auf Spezialisierung können gemäss den Resultaten der Literaturanalyse wie folgt zusammengefasst werden:

- Fehlende **berufliche Entwicklungsmöglichkeiten** (Weiter- u. Fortbildungen, Karriereoptionen, Forschungstätigkeit, Gehalt) und geringes **Prestige** von generalistischen Fächern und Berufsprofilen tragen zur Spezialisierung bei, indem Disziplinen wie die Hausarztmedizin, Geriatrie etc. trotz den ergriffenen Massnahmen zugunsten der Allgemeinmedizin weiterhin von einem beachtlichen Teil des ärztlichen Nachwuchses als Karriere- und Berufsoption ausgeschlossen werden. **Forschung** und die **universitäre Verankerung** eines Fachgebiets sind wesentliche Entwicklungsmotoren nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern auch für das Gewicht und die Sichtbarkeit einer Disziplin innerhalb der Versorgungslandschaft. Dies gilt

sowohl für die (Sub-)Spezialisierung als auch für generalistische oder interdisziplinäre Gebiete, denen eine Schlüsselrolle in der Versorgung einer zunehmend älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patientenpopulation zugeschrieben wird. Auch im Bereich Forschung und Lehre spielt die Ressourcenallokation demnach eine zentrale Rolle in der Gestaltung des Verhältnisses zwischen Spezialist/innen und Generalist/innen.

- Die **Spitalorganisation** ist in den letzten Jahren nicht nur von zunehmender Spezialisierung, sondern v.a. durch die Reduktion der **Präsenzzeiten** von Ärzt/innen in Weiterbildung sowie durch den allgemeinen Fachkräftemangel geprägt worden. Den veränderten Bedürfnissen und Karrierevorstellungen des ärztlichen Nachwuchses (Vereinbarkeit, Teilzeitarbeit) wird zunehmend nachgekommen, wobei es grosse Unterschiede nach Fachbereich gibt.

- Spitäler stehen seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung unter verschärftem **Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck**. Angesichts der bestehenden Anreizstrukturen ist ein Fokus auf spezialisierte Leistungen eine Möglichkeit, sich im umkämpften Markt zu positionieren. Dies stellt ein Risiko dar für Überkapazitäten und Mengenausweitung in der Spitallandschaft, ein anderer Grund ist die Mehrfachrolle der Kantone, die neben der Kostenbeteiligung bei KVG-pflichtigen Spitalleistungen und z.T. dem (Mit-)Besitz von Spitälern auch für die Spitalplanung zuständig sind.

Handlungsbedarf und Lösungsansätze

Konkreter Handlungsbedarf und in der Literatur genannte Lösungsansätze richten sich vorwiegend auf die **komplementäre Ergänzung von Spezialist/innen und Generalist/innen** auf der Ebene des Versorgungssystems, der Spitallandschaft, in einzelnen Spitälern und Kliniken, innerhalb von Disziplinen und in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte.

- Die kantonale, idealerweise interkantonal **koordinierte Spitalplanung** sollte dafür sorgen, dass die Spitalkapazitäten dem Bedarf entsprechen und dass von konkurrierenden Spitälern ein hinsichtlich Spezialisierung und geografischer Positionierung aufeinander abgestimmtes komplementäres Angebot bereitgestellt wird.

- Zahlreiche Autor/innen erachten eine **Stärkung der Rolle von Generalist/innen** für notwendig: im Versorgungssystem insgesamt (Förderung der Hausarztmedizin), in der Spitalorganisation (ganzheitliche Sichtweise auf Patient/innen, Kontinuität im Behandlungspfad, Karrieremöglichkeiten für Generalist/innen) und im Fachärztemix (Attraktivität generalistischer Fachgebiete verbessern; Steuerung und Planung des Fachärztemixes in regionalen Netzwerken).

- Innerhalb einzelner Disziplinen und Fachkliniken wird es als Herausforderung beschrieben, die **Balance zwischen dem gesamten Fachbereich und den (sub-)spezialisierten Teilgebieten** zu fördern und zu erhalten. Insbesondere für Spezialist/innen, die Assistenzärzt/innen weiterbilden, sei klinische Routine im angestammten Fachgebiet wichtig. Dazu gibt es verschiedene Modelle, z.B. gemischte Teams aus Fachärzt/innen mit und ohne Subspezialisierung.

- Spezifische in der Literatur genannte **Anpassungsvorschläge für die ärztliche Weiterbildung** umfassen u.a. eine gesamtschweizerische Planung und Koordination der Weiterbildungsstellen in Spezialgebieten; flexiblere und weniger auf die spitalärztliche Versorgung ausgerichtete Weiterbildungsprogramme; die Verankerung interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit bzw. entsprechender Skills in der Aus- und Weiterbildung; Anreize für die Weiterbildung zu Internist/innen oder Hausärzt/innen.

- Verschiedene Publikationen befassen sich mit Spezialisierung im Kontext der **Gesamtkonfiguration des Versorgungssystems**. Sie erachten angesichts der demografischen und epidemiologischen Herausforderungen **grundsätzliche strukturelle Anpassungen** für notwendig. Das ärztezentrierte und nach medizinischen Spezialgebieten strukturierte System (inkl. Aus- u. Weiterbildungen, Tarife u. Leistungsvergütungen) sei auf die Behandlung von Einzelerkrankungen bzw. auf einzelne Behandlungsschritte abgestimmt. Die Antworten auf die Zunahme von älteren, chronisch kranken und polymorbiden Patient/innen werden in einem patientenzentrierten Versorgungssystem gesehen, das sektoren-, disziplin- und berufsübergreifend nach Krankheitsbildern bzw. gesamten Behandlungszyklen organisiert ist.

Ergebnisse der Expertengespräche

Sämtliche der befragten Expert/innen beobachten eine starke **Zunahme der Spezialisierung in der Spitalorganisation**. Sichtbar wird dies an einer Zunahme von Kliniken, von Fachabteilungen oder Teams in den Spitälern. Spezialisierte Teams können sich dabei durchaus «unterhalb der Organigramme» ausbilden. Unsicherheit besteht bei der Positionierung der interdisziplinären Zentren. Für den Grossteil der Befragten handelt es sich um eine Gegenbewegung mit integrativer Ausrichtung, für eine Minderheit um eine besondere Form der Spezialisierung.

Einig sind sich die Expert/innen darüber, dass es **grosse Unterschiede nach Spitaltyp** gibt. Besonders ausgeprägt sind Spezialisierungstendenzen bei den Universitätsspitalern und anderen Spitälern mit breiter Forschungstätigkeit. Weniger betroffen sind kleine Spitäler, in wel-

chen im Zuge von Spitalreorganisationen in den letzten Jahren eher ein Rückbau stattgefunden hat. Im Spannungsfeld stehen mittelgrosse Spitäler, die bestrebt sind, bei spezialisierten Leistungen im Konkurrenzkampf mit grösseren Spitälern mitzuhalten. In einer speziellen Situation befinden sich z.T. die Privatspitäler (hohe Fallzahlen auf engem Gebiet).

Auf der Ebene der **Fakultäten** zeigt sich der Trend zur Spezialisierung vorwiegend an der stetig steigenden Zahl der ordentlichen und ausserordentlichen Professuren. Zudem wird eine Zunahme der Forschungsprofessuren im Verhältnis zu klinischen Professuren festgestellt.

Bei der **ärztlichen Weiterbildung** in ihrer Ausdifferenzierung in Weiterbildungstitel (Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeitsausweis) handelt es sich um diejenige Erscheinungsform der Spezialisierung, die am deutlichsten sichtbar und zahlenmässig zu erfassen ist. Das «Fragmentierungspotenzial» unterscheidet sich je nach Art des Titels: Am grössten ist es bei den Facharztstiteln, weil mit der Schaffung eines entsprechenden Titels spezifische Leistungen definiert werden, die nur noch über diesen Titel abgerechnet werden können. Die Einführung eines neuen Facharztstitels bedeutet deshalb stets auch eine Abgrenzung gegenüber anderen Fachgebieten. In der Spitalorganisation kann dies – formell oder informell – zu einer Zergliederung von Behandlungsstrukturen und -prozessen führen. Am geringsten ist das «Fragmentierungspotenzial» bei den Fähigkeitsausweisen, die gemeinhin sämtlichen Fachrichtungen offenstehen. Entwicklung und Ausmass der Spezialisierung sind abhängig von der Perspektive: Das Angebot an Weiterbildungstiteln eröffnet die Spezialisierungsmöglichkeiten. Über die Anzahl der Ärzt/innen, die die jeweiligen Möglichkeiten wahrnehmen, ergibt sich die Spezialisierung der Workforce bzw. der Fachkräftemix, der wiederum die Versorgung bestimmt.

Die Wechselwirkungen zwischen den betrachteten **Systemebenen Spitalorganisation, Fakultäten und ärztliche Weiterbildung** sind ausgesprochen vielfältig: Veränderungen auf der einen Ebene (z.B. Schaffung eines neuen Facharztstitels) können als Anlass genommen werden, Veränderungen auf einer anderen Ebene zu vollziehen (z.B. Schaffung einer neuen Professur im entsprechenden Fachgebiet). In mehreren Expertengesprächen wird aber hervorgehoben, dass diese Abhängigkeiten nicht zwingender Natur sind. So müssen sich z.B. die Facharztstitel nicht notwendig in der Struktur einer medizinischen Fakultät spiegeln und es gibt selbstverständlich auch Professuren in Fachbereichen, für die kein Weiterbildungstitel besteht. Wechselwirkungen mit einem «zwingenden» Charakter

konnten in zwei Bereichen identifiziert werden: Erstens zwischen Universitätsspitälern und Fakultäten, weil die Schaffung eines neuen Lehrstuhls in der Regel eine ausreichende Infrastruktur am Universitätsspital erfordert. Zweitens zwischen Facharztstiteln und der Organisation grosser Spitäler – und zwar insofern, als (neue) Facharztstitel «Weiterbildungsstätten-kompatibel» sein müssen, was bedeutet, dass Kliniken und Fachabteilungen entsprechend ausgestattet sein müssen, um weiterzubilden zu können.

Von den befragten Expert/innen wurde eine ganze Reihe von **Treibern und Motiven der Spezialisierung** genannt. Einige davon sind auf mehreren Systemebenen wirksam und kaum beeinflussbar, etwa der Fortschritt in medizinischer Forschung und Medizinaltechnik oder die Entwicklung in internationalen Fachgesellschaften. Andere Treiber und Motive können bestimmten Akteuren (Fachgesellschaften, Spitälern, Pharma, Ärzt/innen, Patient/innen etc.) zugeschrieben werden: Privilegierte Marktposition einer Spezialität, Prestige und Sichtbarkeit einer Spezialität, Konkurrenz der Spitäler um exzellente Ärzt/innen und um Patient/innen, Ansprüche und Erwartungen der Patient/innen, Vergabe von Drittmitteln, Tarifsystem und Verdienstmöglichkeiten, persönliche Profilierungsmöglichkeiten, «Beherrschbarkeit» eines Fachgebiets.

Der medizinisch-technische Fortschritt wird von einer Mehrheit der Expert/innen als primärer Antrieber der Spezialisierung wahrgenommen, der Massnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. in Form neuer Weiterbildungstitel) erfordert. Daneben werden auch Faktoren wie Machtdenken und unangemessene monetäre Eigeninteressen anerkannt, welche mitspielen und ein ernst zu nehmendes «Störpotenzial» darstellen.

Aus der **Einschätzung des Gewichts einzelner Akteure** in Bezug auf die zunehmende Spezialisierung ging hervor, dass generell den Medizinischen Fachgesellschaften das grösste Gewicht beigemessen wird. Am zweitgrössten wird der Einfluss der Chefärzt/innen und der medizinischen Fakultäten eingeschätzt. An vierter und fünfter Stelle folgen das SIWF und die Privatwirtschaft. Bei der Einschätzung der kantonalen Gesundheitsdirektionen, der Spitaldirektionen und des Bundes ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Ein Teil der befragten Expert/innen misst ihnen ein grosses Gewicht zu, ein anderer ein geringes. Teilweise wurde darauf verwiesen, dass die gesundheitspolitischen Akteure potenziell viel Einfluss nehmen könnten, dies aber nur in geringem Masse tun. Im Vergleich am wenigsten Bedeutung wurde den Assistenz- und Oberärzt/innen beigemessen.

Als mögliche **Risiken und kritische Aspekte der Spezialisierung** nannten die Expert/innen

den Verlust der Gesamtsicht auf den Patienten /die Patientin, mangelnde Patientenzentrierung, die fehlende Definition der Fallführung bei gleichzeitiger Multiplikation der Verantwortungsträger, fehlende Koordination, Gefahr von Schnittstellenfehlern, Doppelspurigkeiten und Zerstückelungen in der Behandlung. Weiter wurden verschiedene Risiken aufgeführt, die zu einer «**Maximalmedizin**» führen können, u.a.: Konkurrenz um Fallzahlen in einer bestimmten Spezialdisziplin, Überangebot resp. Überversorgung insbes. bei privat- und zusatzversicherten Patient/innen und bei elektiven Eingriffen, grosse Herausforderung für Spezialist/innen, auf Behandlungen zu verzichten oder Patientenwünsche abzulehnen (Spezialist/in als «letzte Hoffnung», Absicherung gegen Schuldzuweisung).

Die befragten Expert/innen sehen verschiedenen **Massnahmen**, um den erwähnten Risiken und negativen Folgen zu begegnen:

- Auf der **Spitalebene** gehören dazu u.a. die klare Organisation der Instanzen und Wege, wie Patient/innen im Spital/System versorgt werden, Schaffen gemeinsam genutzter Strukturen, Zusammenzug kleiner spezialisierter Einheiten in grössere Medizinbereiche, flexible Bettenzuteilung, breite Verteilung der Boni, Zusammenlegen der Erträge, um unerwünschte Konkurrenz der Kliniken um Fallzahlen zu dämpfen, Schaffen von interdisziplinären, an Organen orientierten Zentren, Einrichten von interdisziplinären «Boards», Stärkung der Attraktivität/Aufwertung der AIM im Spital («Hausarzt im Spital»), Aufwertung von Querschnittsfunktionen, Miteinbezug von Spitalärzten/innen auf Kaderarztebene.

- Massnahmen **anderer Akteure** betreffen etwa die Aufwertung der AIM durch Krankenkassen resp. Tarifstrukturen/DRGs, die Eröffnung von Karriere- und Forschungsperspektiven auch in «generalistischen» Fächern bzw. Themen, die Förderung attraktiver Arbeitsbedingungen in der ambulanten Grundversorgung, eine stärkere Steuerung der Spezialisierung durch Kantone über Spitallisten und Leistungsverträge, die Stärkung des «Generalism» in den Weiterbildungscurricula der Spezialisten sowie die Förderung des elektronischen Patientendossiers.

Schlussbemerkungen

Im Rahmen der Studie konnten verschiedene Aspekte der zunehmenden Spezialisierung vertiefter untersucht werden. Dabei gingen aus der Literatur- und Dokumentenanalyse ähnliche Erkenntnisse hervor wie aus den Expertengesprächen, wobei letztere besser auf die Schweiz und die spezifischen Fragestellungen der Studie zugeschnitten werden konnten. Stichwortartig lassen sich folgende Resultate festhalten:

- Eine zunehmende Spezialisierung lässt sich anhand verschiedener Datenquellen nachzeichnen bildet sich jedoch v.a. auch «unterhalb» verfügbarer Statistiken und Organigrammen aus.

- Die Prozesse der Spezialisierung sind in den drei betrachteten Systemen Spitalorganisation, Fakultät und ärztliche Weiterbildung sehr eng und vielfältig ineinander verschränkt. Das Risiko von Reibungen dürfte in Zukunft eher steigen als abnehmen.

- Als entscheidende Akteure bei der zunehmenden Spezialisierung haben sich die Fachgesellschaften herauskristallisiert. Ihre Initiative ist insbesondere zentral bei der «Offizialisierung» von Prozessen der Spezialisierung.

- Neben unzweifelhaften Vorteilen kann die Spezialisierung auch negative Folgen für bestimmte Patientengruppen haben. Die steigenden Möglichkeiten in den Spezialgebieten können eine Tendenz zu Maximalmedizin fördern. Probleme der Spezialisierung zeigen sich u.a. dort, wo Verantwortlichkeiten für die Gesamtbehandlung von Patient/innen unklar sind oder aufgrund monetärer Interessen eine Fragmentierung der Versorgung in Kauf genommen wird.

- Ansätze, um Risiken und negative Folgen der Spezialisierung anzugehen, sollten sich an der Frage orientieren, welche Massnahmen angesichts des Nutzens, den die Spezialisierung hat, angemessen sind. Im Kern geht es dabei stets um die Balance zwischen Spezialisierung und Integration, zwischen der Gesamtsicht und vertiefter Expertise. Als mögliche Ansatzpunkte für Problemlösungen gingen aus der Studie hervor:

- Prozesse innerhalb der Spitäler anpassen und interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern: Fallführung, disziplinenübergreifende Zentren und Boards, gemeinsame Budgets, Controlling mit Gesamtbetrachtung Spital

- Common Trunks in Weiterbildungsprogrammen, Interdisziplinäre Schwerpunkte fördern

- Anpassungen des Tarifsystems (Verhältnis spezialisierte vs. allgemeinmedizinische Leistungen), Belohnung von «Leistungsverzicht»

- Gesamtperspektive einnehmen: Interaktion zwischen Sektoren ambulant und stationär

- Stärkere Gestaltung der Spitallandschaft, Lenkung über Versorgungsaufträge

- Forschungsförderung bei Projekten, die sich mit Innovationen im Versorgungssystem befassen (interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorenübergreifende Koordination etc.).

Selbstverständlich sind die Vorschläge jeweils mit Vor- und Nachteilen behaftet. Differenzierung und Integration sind letztlich als zusammenhängende und nicht gegensätzliche Faktoren zu verstehen, die parallel resp. gemeinsam zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001).

1 Ausgangslage und Fragestellung

In den letzten Jahren lässt sich in der Humanmedizin eine zunehmende Spezialisierungstendenz feststellen. Die Entwicklung findet international statt und wird gemeinhin auf den wissenschaftlichen und technologischen Fortschritt der Medizin zurückgeführt. In den Spitälern, die als Weiterbildungsstätten, Versorgungszentren und – im Falle der Universitätsspitäler – auch als Zentren der fakultären Entwicklung fungieren, dürften Spezialisierungstendenzen von einer Wechselwirkung zwischen Strukturen der Spitäler, Inhalten der Spezialisierung sowie individuellen medizinischen Karrieren und weiteren Faktoren beeinflusst sein. Durch zunehmende Spezialisierung im stationären Bereich, etwa durch die Schaffung neuer Kliniken, besteht die Gefahr einer Fragmentierung der Spitalorganisation. Diese Zergliederung steht in gewissem Widerspruch zu zukünftigen demografisch bedingten Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung (u.a. Zunahme polymorbider, chronisch kranker älterer Menschen), denen nach Meinung von Fachleuten mit einer integrierten Versorgung (ambulant/stationär, kontinuierlich) begegnet werden sollte.

Vor diesem Hintergrund hat die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) betriebene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» die Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation» lanciert. Um eine Basis für weitere Arbeiten der Themengruppe zu erhalten, hat das BAG in Co-Leitung mit H+ Die Spitäler der Schweiz das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) mit der Erarbeitung einer Situations- und Problemanalyse mandatiert, die eine kritische Auseinandersetzung mit der zunehmenden Spezialisierung, den Fragmentierungstendenzen und den zugrundeliegenden Faktoren sowie eine Diskussion von Lösungsansätzen ermöglichen soll.

Tabelle 1 zeigt die im Zentrum der Studie stehenden vier Fragebereiche und die Detailfragestellungen. Wichtig zu sehen ist, dass sich in der Situations- und Problemanalyse der Fokus nicht auf die positiven Aspekte der Spezialisierung in der Humanmedizin wie das Erlangen vertiefter Kenntnisse und spezifischer Fähigkeiten in Diagnostik und Behandlung, Effizienzgewinne durch Arbeitsteilung etc. richtet, sondern auf allfällige negative Begleiterscheinungen und darauf, welche Mechanismen und Prozesse die Entwicklungen im Kontext der Spezialisierung in der Humanmedizin prägen.

Tabelle 1: Leit- und Detailfragestellungen des Mandats

1 Schlüsselfaktoren, die die Organisation und die Strukturen der Spitäler bestimmen
1.1 Inwiefern unterscheidet sich die Spitalorganisation nach Spitaltyp, Standort, Grösse oder Trägerschaft?
1.2 Inwiefern gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Versorgungsauftrag eines Spitals (Grundversorgung vs. hochspezialisierte Medizin) und der Fragmentierung der Spitalstrukturen?
1.3 Welchen Einfluss hat die neue Spitalfinanzierung auf Spitalorganisation sowie die Spezialisierung?
2 Mechanismen universitärer und klinischer Karrieren in der Medizin
2.1 Wie prägt das Zusammenspiel zwischen Universität und Universitätsspital die medizinischen Karrieremöglichkeiten im klinischen und universitären Bereich?
2.2. Welche Gründe führen dazu, neue Institute zu schaffen und allenfalls neue Professuren und Kliniken einzurichten?
2.3. Welche Rolle spielt die Hochschulfinanzierung bezüglich der Entscheide, neue spezialisierte Institute und Kliniken zu schaffen?
2.4. Inwiefern wirken sich Anliegen der Ärzteschaft (z.B. bezüglich Vereinbarkeit von Beruf und Familie) auf die Ausgestaltung von Weiterbildungen, auf Karrieremöglichkeiten und auf Spezialisierungstendenzen aus?
3 Wechselwirkungen zwischen Spitalorganisation, ärztlicher Weiterbildung und Karrieren in der Medizin
3.1 Inwieweit beeinflussen sich die Entwicklungen auf den drei Ebenen (Karrieren in der Medizin, ärztliche Weiterbildung, Spitalorganisation und -struktur) gegenseitig (Kausalität, Reziprozität, Interaktion)?
3.2 Welche der drei Entwicklungen hat den grössten Einfluss auf eine allfällige Fragmentierung der Spitalstrukturen?
3.3 Inwieweit sind öffentliche Spitäler und private Anbieter in die ärztliche Weiterbildung und universitäre Karrieren involviert?
4 Folgen der Spezialisierung, Patientennutzen und Behandlungsqualität
4.1 Inwiefern führen Spezialisierungstendenzen zu Fehl-, Unter- oder Überversorgung?
4.2 Inwieweit ist die Behandlungsqualität in den Spitalstrukturen und -organisationen gewährleistet? Wie koordinieren die Spitäler die Patientenpfade, gerade angesichts zunehmender Komplexität der Organisation und Struktur?

Quelle: Ausschreibungsunterlagen, Darstellung BASS

2 Methodisches Vorgehen

Die im Zentrum der Fragestellungen stehenden Spezialisierungs- und Fragmentierungstendenzen werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Diese können auf der Ebene Bund (nationale Gesundheitspolitik), Kantone (kantonale Gesundheitspolitik, Spitalplanung, Finanzierung), Krankenversicherer (Finanzierung, Kontrolle), Privatwirtschaft (Medizintechnik, Pharma), ärztliche Weiter- und Fortbildung, medizinische Fachgesellschaften, Angebots- bzw. Marktverhalten der Spitäler und Ärzt/innen, individuellen Präferenzen der Ärzt/innen, Nachfrageverhalten von Patient/innen u.a.m. angesiedelt sein. Das Untersuchungsfeld und dessen Ebenen wird in der Abbildung in Anhang 9.1 visualisiert. Den Fachärzt/innen stehen grundsätzlich «drei Wege» medizinischer Karrieren offen: Karriere im Spital/in der Klinik, akademische Karriere, Karriere in der freien Praxis sowie Mischformen (z.B. Belegarztztätigkeit). Alle diese Wege, insbesondere klinische und akademische Karrieren, hängen i.d.R. mit der Frage nach Spezialisierung zusammen.

Die Studie richtet den Fokus auf drei Elemente und deren Verbindung untereinander: (1) Spitalorganisation und -struktur, (2) ärztliche Weiterbildung, (3) universitäre und klinische Karrieren. Die Situations- und Problemanalyse zu den Forschungsfragen des Mandats erfolgt in vier Schritten:

- In einem ersten Schritt wird ermittelt, wie sich die zunehmende Spezialisierung auf der Ebene der Spitalorganisation, der medizinischen Weiterbildung und in den Fakultäten manifestiert
- In einem zweiten Schritt wird herausgearbeitet, welche Faktoren zur Spezialisierungstendenz beitragen und welche Wechselwirkungen, Motive und Akteure dabei zu beobachten sind
- In einem dritten Schritt werden die Folgen der Spezialisierung mit Blick auf die Behandlungsqualität und den Patientennutzen analysiert (z.B. Anzeichen für Fragmentierung, Tendenzen zur Maximalmedizin).
- In einem vierten Schritt werden Ansatzpunkte diskutiert, wie den negativen Folgen von Spezialisierung entgegengewirkt werden könnte.

Methodisch stützt sich die Informationsgewinnung auf Literatur- und Dokumentenanalysen (statistische Daten für die Schweiz, Jahresberichte ausgewählter Spitäler, nationale und internationale Literaturrecherche) sowie leitfadengestützte Expertengespräche.

2.1 Begriffe, Daten und Fakten

Bei der Definition der zentralen Begriffe der Studie wie Spezialisierung, Organisation, Fragmentierung und Patientennutzen stützen wir uns auf ein entsprechendes Dokument, welches in der Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation» erarbeitet wurde (vgl. dazu Kapitel 3).

Die Zusammenstellung von Daten und Fakten versucht anhand verschiedener Quellen aufzuzeigen, inwiefern sich Art und Ausmass der zunehmenden Spezialisierung im Verlaufe der letzten rund 10 Jahre in der Spitalorganisation sowie in der ärztlichen Weiterbildung dokumentieren lässt:

- Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik (BFS), für Entwicklungen in der Spitallandschaft
- Jahresberichte eines Universitäts- und eines Kantonsspitals (Basel und Winterthur), um die Entwicklung in der Spitalorganisation exemplarisch nachzuzeichnen
- FMH-Ärzttestatistik bzgl. der Entwicklung der Workforce (die Entwicklung von Facharztstiteln und Schwerpunkten ist Gegenstand eines separaten Teilberichts des SIWF)

2.2 Literatur- und Dokumentenanalyse

Ziel der Literatur- und Dokumentenanalyse war es, möglichst viele Informationen aus dem In- und Ausland zu den Leit- und Detailfragestellungen des Mandats (vgl. oben Tabelle 1) zu erschliessen.

■ Für die **internationale Literaturanalyse** wurden englischsprachige Publikationen recherchiert und ausgewertet. Fokus der Recherche waren aktuelle empirische Studien und Publikationen, die sich mit Hintergründen, Ausprägungen und Auswirkungen zunehmender Spezialisierung bzw. Fragmentierung in Spitälern befassen und/oder Massnahmen zum Umgang mit einer eruierten Fragmentierung behandeln. Dazu wurde in der Datenbank PubMed eine kombinierte Stichwortsuche in Titeln und Abstracts durchgeführt mit den Begriffen «fragmentation, fragmentation of care, fragmented care», «specializ*, specialis*, subspecialist, subspecialty, subspecialties», «hospital*, inpatient, infirmary», «career, training», «physician, doctor». Berücksichtigt wurden Publikationen mit Erscheinungsdatum ab 2010. Die Suche ergab 947 Treffer. Die Fundstellen wurden gesichtet und anhand von Titel und Abstract die nicht relevanten Artikel aussortiert. 810 Publikationen wurden aufgrund des Titels ausgeschlossen, weitere 95 nach Lektüre des Abstracts. Die verbleibenden 42 Literaturstellen wurden mit Blick auf die Fragestellungen des Mandats genauer ausgewertet. Ausserdem erfolgten Nachrecherchen zu Hinweisen aus gefundenen Publikationen.

■ Die **Recherche zur Situation und zum Stand der Diskussion in der Schweiz** erfolgte in einem zweiten Schritt. Ziel war es, Informationslücken aus der internationalen Recherche zu füllen. Dazu wurden Suchanfragen zu den Stichworten «Fragmentierung, fragmentation» und «Spezialisierung, specialis*» in der Datenbank SAPHIR (Swiss Automated Public Health Information Resources), dem gesamtschweizerischen Katalog wissenschaftlicher Literatur Swissbib sowie in einer Auswahl der meist gelesenen Titel der medizinischen Fachpresse (vgl. Marty 2010) durchgeführt: Schweizerische Ärztezeitung, Swiss Medical Forum, Swiss Medical Weekly, VSAO Journal, Primary and Hospital Care, Ars Medici und Medical Tribune. Die Fundstellen wurden gesichtet und nicht relevante Artikel aussortiert. Berücksichtigt wurden auch hier Artikel seit ca. 2010, punktuell wurden jedoch auch ältere Publikationen einbezogen. Insgesamt wurden so gut 60 Artikel gefunden, wobei es sich vorwiegend um Diskussionsbeiträge handelt; insgesamt 10 empirische Studien enthalten breiter abgestützte Resultate aus Ärztebefragungen, Literaturanalysen und Expertengesprächen).

2.3 Expertengespräche

Zur Vertiefung einzelner Fragestellungen und um Erkenntnislücken zur Situation in der Schweiz zu füllen wurden **20 leitfadengestützte Expertengespräche** durchgeführt. Gemeinsam mit der Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation» wurde die Stichprobe mit Vertreter/innen aus Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitälern sowie weitere Akteure aus der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und aus der Gesundheitspolitik gezielt ausgewählt, sodass verschiedene Typen und Grössen von Institutionen, Sprachregionen sowie Funktionen und Fachgebiete vertreten waren (vgl. Liste der Gesprächspartner/innen in Anhang 9.2).

Die Gespräche fanden zwischen Ende Juli und Mitte September 2016 statt. Mit den Expert/innen wurde angesichts des grossen zusätzlichen Informationsbedarfs bezüglich relevanter Faktoren, Mechanismen und Strukturen ein breiter Fragekatalog diskutiert. Die rund einstündigen Gespräche wurden protokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

2.4 Aufbau des Berichts

In Kapitel 3 werden die dem Forschungsmandat zugrundeliegenden Begriffe definiert. Inwiefern sich Spezialisierungstendenzen in der Schweiz in öffentlich zugänglichen Daten- und Informationsquellen manifestieren, ist in Kapitel 4 dargestellt. Danach werden die Erkenntnisse aus der internationalen Literatur und der Schweizer Fachpresse (Kapitel 5) und die Ergebnisse aus den Expertengesprächen (Kapitel 6) diskutiert. In den Schlussbemerkungen (Kapitel 7) wird ein Fazit zur Situations- und Problemanalyse bezüglich Spezialisierung und Spitalorganisation gezogen.

3 Definition zentraler Begriffe

Die folgenden Definitionen stützen sich auf ein Grundlagenpapier der BAG-Themengruppe «Zunehmende Spezialisierung aus Sicht der Spitalorganisation» vom 12. Mai 2016.

3.1.1 Spezialisierung in der Humanmedizin

«Spezialisierung in der Humanmedizin» meint die gegenwärtige Entwicklung, die u.a. dazu führt, dass Ärzt/innen in stationären und ambulanten Settings *spezifische Leistungen* in ihrem Fachgebiet erbringen. Die *Spezialisierung* der Humanmediziner/innen findet «de jure» im Rahmen von *formellen* Weiterbildungen statt, die im jeweiligen Gebiet zur Erlangung eines **Facharzttitels** (z.B. Facharzt für Urologie) führen. Nach dem Erwerb des Facharzttitels besteht zudem durch den Erwerb von **Schwerpunkten** (z.B. Schwerpunkt Neuro-Urologie) oder von **Fähigkeitsausweisen** (z.B. Gastroskopie) die Möglichkeit zur weiteren Vertiefung des Wissens und oder Ausweitung der Fertigkeiten. «De facto» findet jedoch im Rahmen klinischer Karrieren auch eine *informelle* Spezialisierung statt (z.B. Rhythmologie), die unabhängig von strukturierten Weiterbildungen und der Vergabe von Titeln verläuft.

3.1.2 Spitalorganisation

Die «Spitalorganisation» beschreibt die Gesamtheit der Aufbau- sowie Ablauforganisation – also die Art und Weise, wie die Prozesse zwischen und innerhalb der Spitalstrukturen ausgestaltet und koordiniert bzw. aufeinander abgestimmt werden. Die **Spitalstruktur** (Aufbauorganisation) beschreibt dabei die Einzelteile, aus denen das Spital als Gesamtinstitution aufgebaut ist. So kann ein Spital in verschiedene *Medizinbereiche* aufgeteilt sein (z.B. Innere Medizin-Onkologie, Frau-Kind etc.), die wiederum in – nach Fachbereich spezialisierte – *Kliniken* (z.B. Klinik für Hämatologie) mit verschiedenen *Abteilungen* unterteilt sind (Bettenstation, Ambulatorium, Überwachungsstation). Unter **Prozessen** (Ablauforganisation) versteht man wiederum die logisch verknüpften Aufgaben und Aktivitäten, die in einem Spital ausgeführt werden, um ein bestimmtes betriebliches Ziel oder einen Zustand zu erreichen. Im Spital ist hier in erster Linie der Behandlungsprozess gemeint, der den Patientenpfad vom Eintritt bis zum Austritt bestimmt.

3.1.3 Fragmentierung der Spitalorganisation

Unter «Fragmentierung der Spitalorganisation» ist die Zergliederung der Spitalstrukturen (Aufbauorganisation) und/oder der Prozesse (Ablauforganisation) zu verstehen, die sich beispielsweise aus einer zunehmenden Anzahl von (neuen) Kliniken und Abteilungen in den Spitälern ergibt, die den jeweiligen Spezialisierungen gerecht werden. Damit steht die Fragmentierung der Spitalorganisation im Gegensatz zu einer integrierten, kontinuierlichen und koordinierten Behandlung.

3.1.4 Patientennutzen und Maximalmedizin

Der «Patientennutzen» gehört zu den zentralen Werten der Medizin. Er wird als kausal begründeter positiver Effekt einer medizinischen Intervention im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte (Outcomes) und im Vergleich zu einer anderen Therapie, einem Placebo oder keiner Behandlung beschrieben. Positive Effekte können die Verbesserung des Gesundheitszustandes, eine Verkürzung der Krankheitsdauer, eine Verlängerung der Lebensdauer, eine Verringerung der Nebenwirkungen sowie eine Verbesserung der Lebensqualität sein (SAMW 2012, 13). Der Patientennutzen wird über objektivierbare Kriterien hinaus auch durch subjektive Bedürfnisse der Patient/innen bestimmt. Damit impliziert er sowohl die Behandlungsqualität als auch die Behandlungszufriedenheit und zielt auf eine optimale Behandlung. Eine solche «optimale Medizin» steht im Gegensatz zu einer «Maximalmedizin», unter der verstanden wird, dass für die Abklärung und Behandlung der Patient/innen alle Möglichkeiten und Ressourcen ausgeschöpft werden – unabhängig davon, ob dies in der gegebenen Situation sinnvoll, wünschbar oder kosteneffizient ist.

4 Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz

Nachfolgend wird untersucht, inwieweit sich Spezialisierungstendenzen in der Schweiz anhand einiger öffentlich zugänglicher Daten- und Informationsquellen nachzeichnen lassen.

4.1 Entwicklung der Spitallandschaft

Daten zur Spitallandschaft (Typologie, Kliniken etc.) werden einerseits der Krankenhausstatistik des BFS entnommen. Zum Nachzeichnen der Veränderungen innerhalb von Spitälern werden andererseits Geschäftsberichte ausgewählter Betriebe (Universitätsspital, Kantonsspital) beigezogen.

4.1.1 Entwicklung anhand der Krankenhausstatistik des BFS

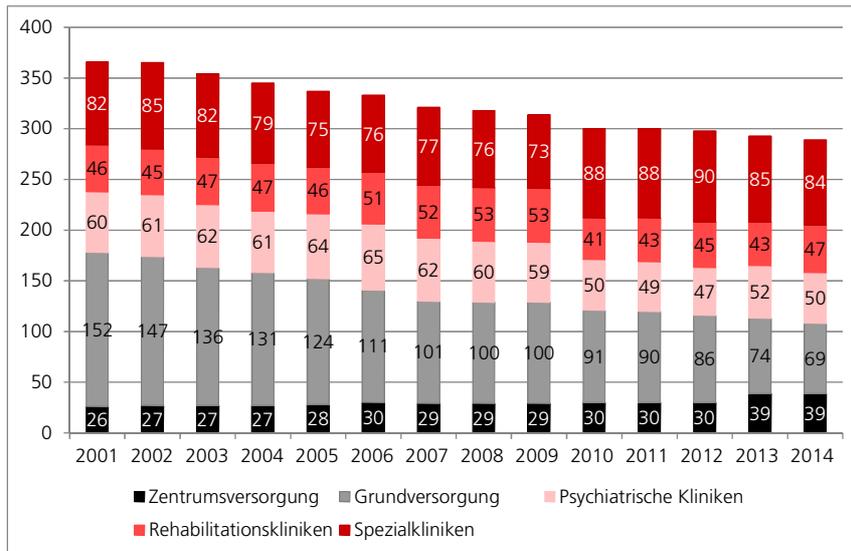
Die Typologie der Spitäler orientiert sich an der Krankenhaustypologie des BFS (BFS 2006). Für die vorliegende Studie unterteilen wir in folgende neun Spital- bzw. Kliniktypen: K11 Zentrumsversorgung, K12 Grundversorgung, K21 Psychiatrische Kliniken, K22 Rehabilitationskliniken, K231 Spezialkliniken Chirurgie, K232 Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatologie, K233 Spezialkliniken Pädiatrie, K234 Spezialkliniken Geriatrie, K235 Diverse Spezialkliniken. Dabei werden die Spitäler der Zentrums- und Grundversorgung den allgemeinen Krankenhäusern (K1) zugeordnet und die anderen grundsätzlich den Spezialkliniken (K2). Als weiteres Kriterium wird der rechtliche-wirtschaftliche Status (öffentlich/subventioniert vs. privat) betrachtet. Als Quellen dienen die auf den Daten der Krankenhausstatistik des BFS basierenden Publikationen des Bundesamts für Gesundheit «Kennzahlen der Schweizer Spitäler» ab 2004.

Der Zusammenzug in der nachfolgenden **Abbildung 1** gibt einen Überblick über verschiedene Entwicklungen, wie sie sich anhand der BFS-Zahlen nachzeichnen lassen. Im betrachteten Zeitraum ging die Anzahl Betriebe von 366 (2001) auf 289 (2014) zurück. Dabei ist zu beachten, dass ab 2010 Mehrstandort-Spitalzentren nur noch als Gesamteinheit erfasst und beispielsweise darin integrierte psychiatrische Kliniken nicht mehr als separate Betriebe gezählt wurden. Ein markanter Konzentrationsprozess resp. Rückgang fand vor allem im Bereich der Grundversorgungsspitäler statt (von 152 auf 69). Bei den Spezialkliniken – ohne psychiatrische Kliniken, bei welchen ebenfalls ein Rückgang stattfand – blieb die Zahl der Betriebe in etwa konstant. Die sprunghafte Zunahme der Spezialkliniken Gynäkologie/Neonatologie in den Jahren 2009/2010 gründet vor allem in der Aufnahme der Geburtshäuser resp. Geburtskliniken in die Statistik. Die letzte Teilabbildung zeigt das Versorgungsangebot anhand der Bettenzahlen und verdeutlicht die Bedeutung der Zentrumsversorgungsspitäler.

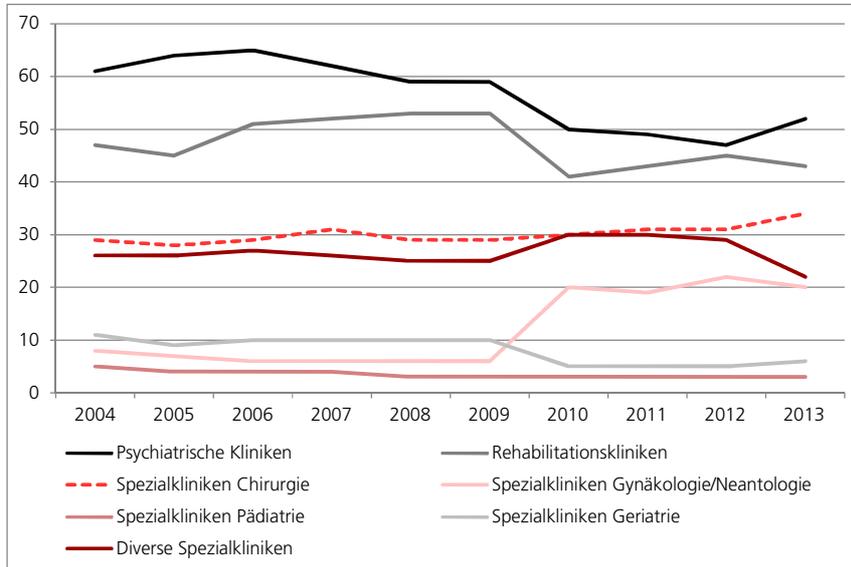
Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen finden weitgehend innerhalb der verschiedenen Betriebstypen statt und lassen sich nicht anhand der BFS-Typologie illustrieren.

Abbildung 1: Entwicklungen anhand der Krankenhausstatik nach Typologie BFS

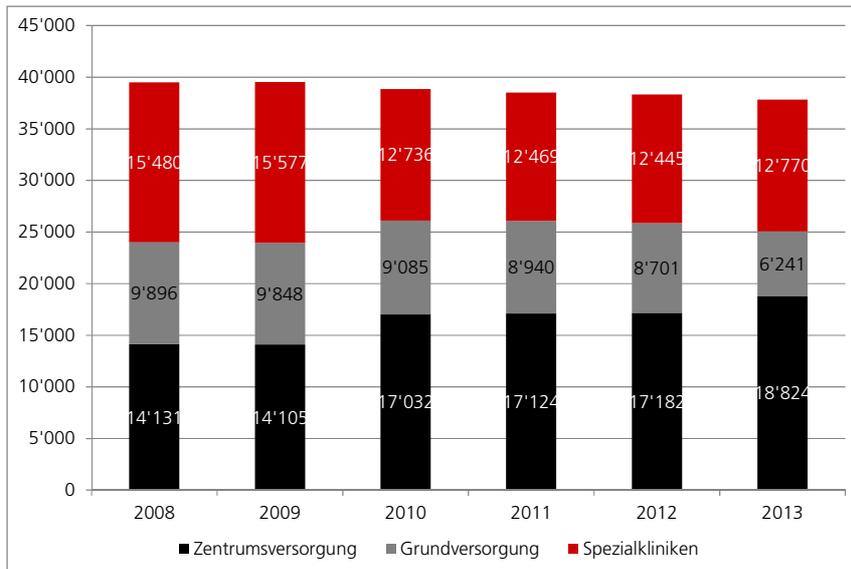
Anzahl Betriebe (2001–2014)



Anzahl Betriebe – Nur Spezialkliniken (2004–2013)



Anzahl Betten (2008–2013)



Quelle: Kennzahlen der Schweizer Spitäler (BAG 2004–2014)

4.1.2 Ausdifferenzierung von Strukturen innerhalb von Spitälern

Um Ausdifferenzierungen und Spezialisierungstendenzen innerhalb einzelner Zentrumsversorgungsspitäler in den letzten 10 Jahren nachzeichnen zu können, wurden die öffentlich zugänglichen Jahresberichte zweier ausgewählter Spitäler analysiert. Dabei wurden sowohl Organigramme als auch Textstellen untersucht, die auf eine zunehmende Spezialisierung und den Umgang damit hinweisen.

In Absprache mit der Auftraggeberin wurden das Universitätsspital Basel (USB) und das Kantonsspital Winterthur (KWS) ausgewählt. Aus Gründen der Vergleichbarkeit der verschiedenen Quellen wurden jeweils vier Querschnitte betrachtet: 2005, 2008, 2011 und 2014.

Organigramme oder Strukturabbildungen

Die nachfolgende **Tabelle 2** und **Tabelle 3** zeigen übersichtsartig die Entwicklungen der verschiedenen Bereiche innerhalb der untersuchten beiden Spitäler. Bei der Analyse und der Darstellung wurde in zwei Schritten vorgegangen. In einem ersten Schritt wurden auf Organigramme oder Strukturabbildungen in den Jahresberichten fokussiert. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind in den Tabellen in schwarzer Schrift dargestellt. In einem zweiten Schritt wurde innerhalb der Jahresberichte recherchiert, ob sich gefundene Veränderungen nicht bereits in früheren Jahren abzeichneten. Entsprechende Hinweise sind in den Tabellen in grauer Schrift dargestellt. In der Regel handelt es sich dabei um Bereiche, die in früheren Jahren zwar in den Berichten bereits erwähnt, aber noch nicht als Klinik, Abteilung o.ä. bezeichnet werden.

Die Tabellen zeigen, dass sich kleinere Einheiten im Zeitverlauf zu stärker abgegrenzten Einheiten entwickelten oder Abteilungen im Zuge besonderer Ereignisse wie z.B. der Beförderung von Leitenden Ärzt/innen zu Chefärzt/innen zu eigenständigen Strukturen entwickelten. Ebenfalls aufgeführt sind in den Tabellen die Summen (Auszählung) der Bereiche, wobei die Ergänzungen in grau mitgezählt wurden. Gemäss diesen Auszählungen hat sich im Beobachtungszeitraum die Zahl der Bereiche am USB von 39 auf 43 erhöht, am KWS von 29 auf 45. Wichtig zu sehen ist dabei, dass es sich nur um grobe Hinweise mit relativ vielen Unbekannten handeln kann. Verschiedene (Sub-)Spezialisierungstendenzen dürften in Untereinheiten stattfinden, die sich anhand der Organigramme und Jahresberichte kaum abbilden lassen.

Textstellen und Argumentationen

Um zusätzliche Informationen hinsichtlich des Trends zu Spezialisierung in Zentrumsspitalern zu erhalten, wurden die Jahresberichte zudem nach entsprechenden Textstellen und Argumentationen untersucht. Dabei interessierte vor allem, wie die Spitäler ihre Ausdifferenzierungen selber begründen und ob sie allenfalls auch damit verbundene Schwierigkeiten thematisieren.

In den untersuchten Jahresberichten (JB) werden verschiedene Gründe für die Spezialisierung bzw. Ausdifferenzierung angeführt. Hauptsächlich wird die **Erweiterung des Leistungsangebots** mit einer erhöhten **Versorgungsqualität** und modernen Behandlungsmethoden in Verbindung gebracht.

«Herz- und Thoraxchirurgie auf Wachstumskurs: In den beiden vergangenen Jahren wurde die Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie in zwei eigenständige Kliniken für Thoraxchirurgie und Herzchirurgie aufgeteilt. Dies erleichterte beiden Fachrichtungen die weitere Spezialisierung und Fokussierung auf ihr operatives Spektrum und verhalf ihnen zu einer Zunahme der Patientenzahlen [...] Nur durch eine gemeinsame Fokussierung und Spezialisierung kann bei der immer komplexer werdenden Tätigkeit das geforderte hohe Mass an Qualität in der Behandlung erreicht werden.» (JB USB 2008, 45)

4 Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz

Tabelle 2: Entwicklung der Bereiche des Universitätsspitals Basel (2005, 2008, 2011, 2014) – Organigramme, ergänzt um Einzelinformationen aus Jahresberichten (grau)

Bereich	2005	2008	2011	2014
Bereich Chirurgie	Allgemeinchirurgie (Gefässchirurgie, Traumatologie, Viszeralchirurgie, ambulante Chir.) Herz-/Thoraxchirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Wiederherstellende Chirurgie (Kiefer- und Gesichtschir., Plast. und Rekonst.Chir., Handchir.) Institut für Chir. Forschung u. Spitalmanagement	Allgemeinchirurgie (Gefässchirurgie, Traumatologie, Viszeralchirurgie, ambulante Chir.) Herzchirurgie Thoraxchirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Wiederherstellende Chirurgie (Kiefer- und Gesichtschir., Plast. und Rekonst.Chir., Handchir.) Institut für Chir. Forschung u. Spitalmanagement	Allgemeinchirurgie (Gefässchirurgie, Organtransplantation, Viszeralchirurgie, ambulante Chir.) Traumatologie Herzchirurgie Thoraxchirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie Institut für Chir. Forschung u. Spitalmanagement	Allgemeinchirurgie (Gefässchirurgie, Viszeralchirurgie) Traumatologie Herzchirurgie Thoraxchirurgie Neurochirurgie Orthopädie Urologie Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Institut für Chir. Forschung u. Spitalmanagement Spinal Chirurgie
Bereich Medizin	Innere Medizin A Innere Medizin B Neurologie Psychiatrische Poliklinik Akut-Geriatrie Medizinische Poliklinik Notfallstation Spez. Abteilungen (Angiologie) Endokrinologie, Diabetologie und klein. Ernährung Gastroenterologie Hämatologie Infektiologie und Spitalhygiene Intensivmedizin Kardiologie Klinische Epidemiologie Kurzzeitklinik Onkologie Pharmakologie und Toxikologie Pneumologie Psychosomatik Transplantationsimmunologie und Nephrologie Rheumatologische Akutklinik	Innere Medizin Neurologie Psychiatrische Poliklinik Akut-Geriatrie Medizinische Poliklinik Notfallstation Spez. Abteilungen (Angiologie) Endokrinologie, Diabetologie und klein. Ernährung Gastroenterologie Hämatologie Infektiologie und Spitalhygiene Intensivmedizin Kardiologie Kurzzeitklinik Onkologie Pharmakologie und Toxikologie Pneumologie Psychosomatik Transplantationsimmunologie und Nephrologie asim (Academy of Swiss Insurance Medicine)	Innere Medizin Neurologie Akut-Geriatrie Medizinische Poliklinik Notfallstation Angiologie Endokrinologie, Diabetologie und Metabolismus Gastroenterologie und Hepatologie Hämatologie Infektiologie und Spitalhygiene Intensivmedizin Kardiologie Klinische Epidemiologie Kurzzeitklinik Onkologie Pharmakologie und Toxikologie Pneumologie Psychosomatik Transplantationsimmunologie und Nephrologie asim (Academy of Swiss Insurance Medicine)	Innere Medizin Neurologie Medizinische Poliklinik Notfallstation Angiologie Endokrinologie, Diabetologie und Metabolismus Gastroenterologie und Hepatologie Hämatologie Infektiologie und Spitalhygiene Intensivmedizin Kardiologie Klinische Epidemiologie Kurzzeitklinik Onkologie Pharmakologie und Toxikologie Pneumologie Psychosomatik Transplantationsimmunologie und Nephrologie asim (Academy of Swiss Insurance Medicine) Rheumatologie
Bereich Spezialklien	Frauenklinik Augenklinik Dermatologie Hals-Nasen-Ohren-Klinik	Frauenklinik Augenklinik Dermatologie Hals-Nasen-Ohren-Klinik	Frauenklinik Augenklinik Dermatologie Hals-Nasen-Ohren-Klinik	Frauenklinik Augenklinik Dermatologie Hals-Nasen-Ohren-Klinik
Bereich Med. Querschnittsfunktionen	Anästhesie Pathologie Radiologie (Rad., Radio-Onk., Nukle., Radio. Chem) Spitalpharmazie Therapiedienste (Ergo., Logo., Physio.) Labormedizin	Anästhesie Pathologie Radiologie (Rad., Radio-Onk., Nukle., Radio. Chem) Spitalpharmazie Therapiedienste (Ergo., Logo., Physio.) Labormedizin Study Coordination Center	Anästhesie Pathologie Radiologie (Klinik Rad./Nuk. und Inst. Radioonk.) Spitalpharmazie Therapiedienste Labormedizin Study Coordination Center	Anästhesie Pathologie Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Spitalpharmazie Therapiedienste Labormedizin Clinical Trial Unit
Total	39	39	41	43

Quelle: Jahresberichte Universitätsspital Basel 2005, 2008, 2011, 2014; Ergänzungen aus Fakten und Zahlen 05/08; Darstellung BASS

4 Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz

Tabelle 3: Entwicklung der Bereiche des Kantonsspitals Winterthur 2005, 2008, 2011, 2014 – Organigramme, ergänzt um Einzelinformationen aus Jahresberichten (grau)

Bereich	2005	2008	2011	2014
Medizinisches Departement	Medizinische Klinik Medizinische Poliklinik Pneumologie (Leitender Arzt) Angiologie (Leitende Ärztin) Gastroenterologie (Leitender Arzt) Kardiologie (Leitender Arzt) Nephrologie (Leitender Arzt) Neurologie (Leitender Arzt) Intensiv-Medizin (Leitender Arzt)	Klinik für Innere Medizin Medizinische Poliklinik Medizinische Onkologie Pneumologie Angiologie (Leitende Ärztin) Gastroenterologie (Leitender Arzt) Kardiologie (Leitender Arzt) Nephrologie (Leitender Arzt) Neurologie (Leitender Arzt)	Klinik für Innere Medizin Medizinische Poliklinik/Infektiologie Medizinische Onkologie und Hämatologie Pneumologie Angiologie Gastroenterologie Kardiologie Nephrologie/Dialyse Neurologie Klinik für Rheumatologie Akutgeriatrische Assessmentstation Ernährungsberatung	Klinik für Innere Medizin Medizinische Poliklinik/Infektiologie Medizinische Onkologie und Hämatologie Pneumologie Angiologie Gastroenterologie und Hepatologie Kardiologie Nephrologie/Dialyse Neurologie Rheumatologie & muskuloskelettale Rehabili. Akutgeriatrische Assessmentstation Ernährungsberatung Allergologie und Dermatologie Verschiedene Alterszentren
Chirurgisches Departement	Chirurgische Klinik und Poliklinik Klinik für Orthopädische Chirurgie Urologische Klinik	Gefässchirurgie Viszeral- und Thoraxchirurgie Neurochirurgie Unfallchirurgie Klinik für Orthopädische Chirurgie Urologische Klinik	Klinik für Gefässchirurgie Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie Klinik für Neurochirurgie Klinik für Unfallchirurgie Klinik für Orthopädische Chirurgie Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie Klinik für Urologie	Klinik für Gefässchirurgie Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie Klinik für Neurochirurgie Klinik für Orthopädie und Traumatologie Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie Klinik für Urologie
Departement Geburtshilfe & Gynäkologie	Frauenklinik	Gynäkologie und Geburtshilfe	Klinik für Geburtshilfe Klinik für Gynäkologie Ambulatorium/Notfall DGG	Klinik für Geburtshilfe Klinik für Gynäkologie Ambulatorium/Notfall DGG Gynäkologische Onkologie (Chefarzt)
Departement Kinder- & Ju- gendmedizin	Kinderklinik Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ	Kinder- und Jugendmedizin Neonatalogie Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Neonatalogie Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ Spezialsprechstunden/Fachstelle Okey	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Klinik für Neonatalogie Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ Spezialsprechst./Fachstelle OKey und Kidspunkt
Spezialkliniken	Augenklinik Klinik für Radio-Onkologie Spitalapotheke	Augenklinik Klinik für Radio-Onkologie Spitalapotheke	Augenklinik Klinik für Radio-Onkologie Spitalapotheke	Augenklinik Klinik für Radio-Onkologie Spitalapotheke
Institute	Institut für Anästhesiologie Zentrale Laboratorien Institut für Pathologie Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie Institut für Radiologie	Institut für Anästhesiologie Zentrale Laboratorien Institut für Pathologie Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie Institut für Radiologie	Institut für Anästhesiologie und Schmerztherapie Institut für Labormedizin Institut für Pathologie Institut für Physiotherapie Institut für Radiologie	Institut für Anästhesiologie und Schmerztherapie Institut für Labormedizin Institut für Pathologie Institut für Physiotherapie Institut für Radiologie und Nuklearmedizin
Interdisziplinäre Zentren	Tumorzentrum Winterthur Rettungsdienst Seelsorge	Tumorzentrum Winterthur Gefässzentrum Schmerzzentrum Rettungsdienst Seelsorge	Tumorzentrum Winterthur Gefässzentrum Schmerzzentrum Rettungsdienst Seelsorge	Tumorzentrum Winterthur Gefässzentrum Schmerzzentrum Rettungsdienst Seelsorge
Interdisziplinäre Fachbereiche	Interdisziplinäre Notfallorganisation (INO) OP-Betrieb (OPS) Zentrum für Intensivmedizin (ZIM)	Interdisziplinäre Notfallorganisation (INO) OP-Betrieb (OPS) Zentrum für Intensivmedizin (ZIM)	Interdisziplinäre Notfallorganisation (INO) OP-Betrieb (OPS) Zentrum für Intensivmedizin (ZIM) Zentrum für Palliative Care	Interdisziplinäre Notfallorganisation (INO) OP-Betrieb (OPS) Zentrum für Intensivmedizin (ZIM) Zentrum für Palliative Care
Total	29	35	43	45

Quelle: Jahresberichte Kantonsspital Winterthur 2005, 2008, 2011, 2014; Ergänzungen aus Berichtsteilen zum Personal; Darstellung BASS

«Der Fortschritt in der Medizin führt zu einer laufenden Erweiterung des medizinischen Wissens. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern alle Fachpersonen spezialisieren sich stetig weiter. Für die Spitäler hat dies verschiedene Folgen. So sind heute zum Beispiel immer mehr Spezialisten nötig, um ein bestimmtes Behandlungsspektrum kompetent abdecken zu können. Dieser Trend äussert sich in vielen Fachgebieten. So hat etwa das Departement Geburtshilfe und Gynäkologie das Kader um eine weitere Chefärztin (Urogynäkologie, Ambulatorium) auf insgesamt drei Chefärzte und um weitere Fachleute ausbauen können. Am Institut für Radiologie äussert sich die Spezialisierung darin, dass neue Verfahren und Technologien eingesetzt werden können (z.B. PET-CT, hochintensiv-fokussierter Ultraschall) und dass sich die Radiologen auf bestimmte Organe subspezialisieren (Neuroradiologie, Herz-CT). Der Trend zur Spezialisierung manifestiert sich auch im steigenden Anteil der habilitierten Ärztinnen und Ärzte.» (KWS 2011, 4)

Neben der Spezialisierung innerhalb bestehender Abteilungen und Kliniken werden auch vollständig neue Bereiche für Forschung und Lehre aufgebaut:

«Die Schnittstelle zwischen Medizin und Versicherung ist sozialpolitisch und volkswirtschaftlich höchst bedeutungsvoll. [...] Bis anhin ist in der Schweiz die Ausbildung der Ärzteschaft zu diesen Themen und auch die medizinische Forschung nur sehr rudimentär. Die Lücke im akademischen Bereich schliesst die Schweizerische Akademie für Versicherungsmedizin am Universitätsspital Basel.» (JB USB 2005, 26)

Aus den Jahresberichten geht ausserdem hervor, dass mit (Sub-)Spezialisierung zusammenhängende Veränderungen in der Spitalorganisation vielfach **personengebunden** sind, d.h. mit Beförderungen, Pensionierungen oder besonderer Expertise und individuellem Engagement zusammenhängen.

«Mit dem Eintritt von Dr. [...] konnte die Chirurgische Klinik das Leistungsangebot auch auf das Gebiet der Plastischen Chirurgie erweitern [...].» (JB KWS 2005, 20)

«Die Ansprüche an Professionalität und Spezialisierung bewirkten auch die Schaffung von drei Stellen für Leitende Ärzte in den Bereichen Urogynäkologie [...], Senologie [...] sowie spezielle Geburtshilfe und Pränataldiagnostik [...].» (JB KWS 2014, 30)

«Mit der Akkreditierung als Stammzelltransplantationszentrum setzt das USB ein klares Zeichen als führendes Kompetenzzentrum [...] Gegründet 1973 durch den damaligen Leiter, Prof. Dr. [...], ist es national und international als führendes Zentrum anerkannt.» (JB USB 2005, 8)

Schliesslich wird in den Jahresberichten nicht nur die bedarfsgerechte Versorgung von Patient/innen hervorgehoben, sondern auch die Attraktivität des Spitals als Arbeitgeber, das mit den wissenschaftlichen Entwicklungen Schritt hält:

«Wir bieten Maximalversorgung in Zusammenarbeit mit Spezialisten, das macht die Arbeit für mich attraktiv.»¹

Thematisiert werden in den Jahresberichten der Spitäler durchaus auch mit der Ausdifferenzierung einhergehende Schwierigkeiten und **Gegenmassnahmen, um problematische Aspekte abzdämpfen**. In diesem Zusammenhang wird die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit hervorgehoben:

«In der konventionellen Herzchirurgie werden zunehmend komplexere Operationen an älteren und kränkeren Patienten durchgeführt. Im klinischen Alltag bedingt dies eine enge Kooperation mit und eine Einbindung von anderen chirurgischen Fächern sowie eine konstruktive Teamarbeit mit den Partnerdisziplinen Kardiologie, Anästhesie und Intensivmedizin.» (JB USB 2008, 45)

¹ Zitat eines Leitenden Arztes, USB 2016, www.unispital-basel.ch/karriere/aerzte (abgerufen 23.06.2016).

«Die zunehmende Spezialisierung bedingt eine optimale team- und fachübergreifende Zusammenarbeit, um die steigende Komplexität der Behandlungen interdisziplinär bewältigen zu können. Trotz seiner Grösse verfügt das KSW über kurze Wege zwischen den Fachleuten. Persönliche Kontakte zeichnen die Kultur der Zusammenarbeit aus und bilden die Basis für interdisziplinäre Zentren [...]» (JB KWS 2009, 4)

In den vergangenen Jahren wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit vermehrt in formalen Strukturen gefördert, etwa in **interdisziplinären klinischen Zentren**:

«Das Behandlungszentrum Bewegungsapparat setzt ein starkes Zeichen gegen die teilweise ausufernde Subspezialisierung der Medizin. Die Patientinnen und Patienten werden fortan nicht mehr vorrangig von Orthopäden, Chirurgen oder Fachleuten für Hand- und periphere Nerven Chirurgie behandelt, sondern von Anfang an von interdisziplinär zusammengesetzten Teams, in denen die Spezialistinnen und Spezialisten verschiedener Fächer ihr Wissen einbringen.» (JB USB 2005, 12)

«Die Spezialisierung beeinflusst die Klinikorganisation [...] Mit dem wachsenden Wissen steigt die Bedeutung der Zusammenarbeit unter den Fachleuten im Hinblick auf die Qualität der Behandlung. [...] In der Krebsmedizin ist das interdisziplinäre Zusammenspiel besonders ausgeprägt. Das Wissen der verschiedenen Spezialisten wird im Tumorzentrum fachübergreifend gebündelt [...] Die Patienten profitieren so vom Know-how aller Fachleute.» (JB KWS 2011, 4)

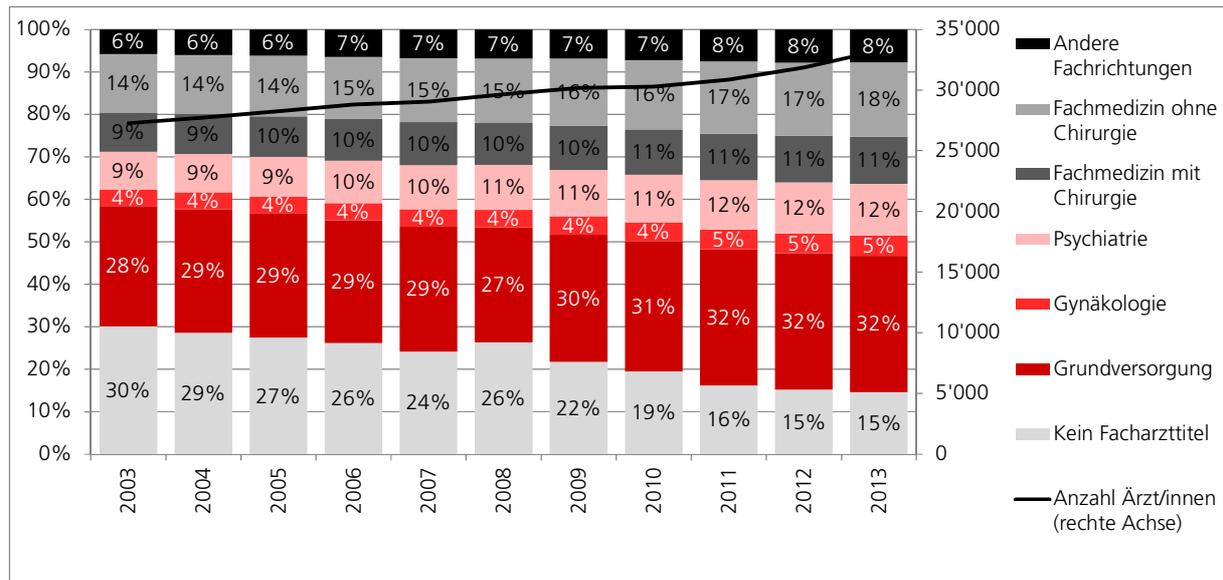
4.2 Entwicklung der Workforce

Zur Entwicklung des medizinischen Personals und dessen Verteilung (Anzahl Personen, Vollzeitäquivalente) nach Facharztgruppen im stationären und ambulanten Sektor der Schweiz wurden bereits zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, wobei die Datenlage nach wie vor sehr schwierig ist (z.B. Bertschi 2005, Jaccard Ruedin et al. 2009, Dutoit et al. 2014). Trends bei den Weiterbildungstiteln wurden unter anderem von Dubach et al. (2014) aufgearbeitet und sind ebenfalls Thema im spezifischen Bericht des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF 2016) zur Rolle des SIWF bei der Schaffung von Spezialisierungen. An dieser Stelle soll daher nur beispielhaft auf einige Zahlen hingewiesen werden, aus denen ersichtlich wird, wie sich eine insgesamt zunehmende Spezialisierung der ärztlichen Arbeitskräfte bei den Entwicklungen der berufstätigen Fachärzteschaft, der Weiterbildungstitel sowie der Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise manifestiert.

Die nachfolgende **Abbildung 2** zeigt, wie sich die berufstätigen Ärzt/innen auf die **Fachrichtungen** verteilen. Die Auswertung beruht auf der Ärztestatistik der FMH. Diese gilt für den ambulanten Sektor als zuverlässig, während sie den Spitalbereich weniger umfassend abdeckt, was sich u.a. im Vergleich mit der Krankenhausstatistik des BFS zeigt, die auf administrativen Daten der Spitäler beruht. 2012 verzeichnet letztere z.B. rund 45% mehr Ärzt/innen als gemäss Ärztestatistik der FMH im stationären Sektor angestellt sind. Ein grosser Teil des Unterschieds dürfte dabei auf Assistenzärzt/innen zurückzuführen sein, die (noch) nicht Mitglied einer Ärzteorganisation sind. Betrachtet man die Entwicklung der Ärztezahlen, so ist festzuhalten, dass die gesamte Zahl der berufstätigen Ärzt/innen in der Schweiz von 2003 bis 2013 um rund einen Fünftel von 25'800 auf 33'200 zugenommen hat.² Dabei war, wie detailliertere Auswertungen zeigen, das Wachstum an den Spitälern (+27%) grösser als im ambulanten Sektor (+18%).

² Bei der Interpretation der Daten ist wichtig zu wissen, dass die Ärztestatistik der FMH 2008 grundlegend revidiert wurde. Ein Zeitvergleich, der weiter zurückliegt als das Revisionsjahr 2008 ist dadurch mit einiger Vorsicht vorzunehmen. Die konzeptionellen Änderungen betreffen vor allem folgenden Punkt: Seit 2008 geben die Ärzt/innen ein Hauptfachgebiet an, in dem sie tätig sind. Bis 2007 liegen einzig Angaben zu den Facharztstiteln vor. Bei Ärzt/innen, die mehr als einen Facharztstitel besitzen, wurde der zuletzt erworbene Facharztstitel gewählt, um für die Jahre 2003 bis 2007 das Hauptfachgebiet zu bestimmen.

Abbildung 2: Berufstätige Ärzt/innen nach Facharztgruppen 2003-2013

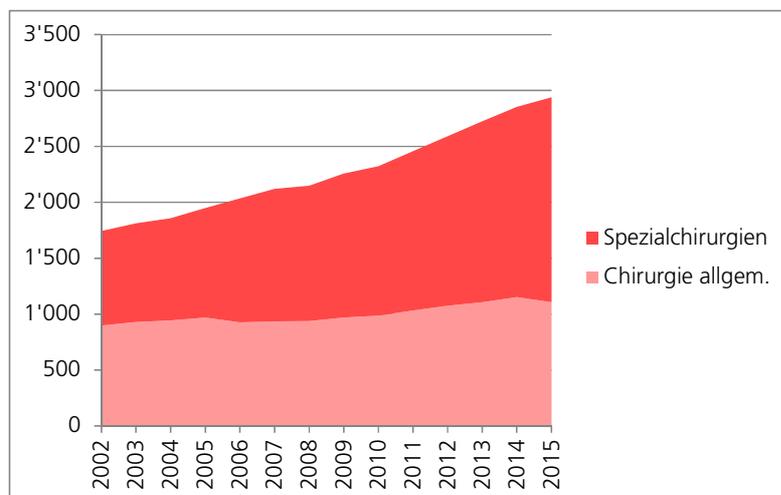


Quelle: Ärztestatistik FMH, Dubach et al. (2014, 18)

Auf der Ebene der Facharztgruppen fällt insbesondere der Rückgang des Anteils an Ärzt/innen ohne Facharzttitel auf, wobei dieser verschiedene Gründe hat und – wie bereits erwähnt – die Datenlage insbesondere für den stationären Sektor unsicher ist. Bei den anderen Facharztgruppen deuten die Zahlen darauf hin, dass die Grundversorgung (hier nach Hostettler et al. 2013: Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeinmedizin, Innere Medizin) in der Tendenz etwas weniger stark gewachsen ist als die Summe der anderen Gruppen.

Die in Abbildung 2 dargestellten Facharztgruppen sind breit gehalten. Spezialisierungen respektive entsprechende Verschiebungen dürften v.a. **innerhalb der Gruppen** stattfinden. Einen Hinweis auf eine entsprechende Entwicklung gibt **Abbildung 3**, in welcher die Anzahl berufstätiger Ärzt/innen im Bereich (allgemeine) Chirurgie im Vergleich zur Anzahl berufstätiger Ärzt/innen in Spezialchirurgien dargestellt ist.

Abbildung 3: Spezialisierung der Workforce am Beispiel der Chirurgie 2002–2015: Anzahl berufstätige Ärzt/innen mit chirurgischem Hauptfachgebiet



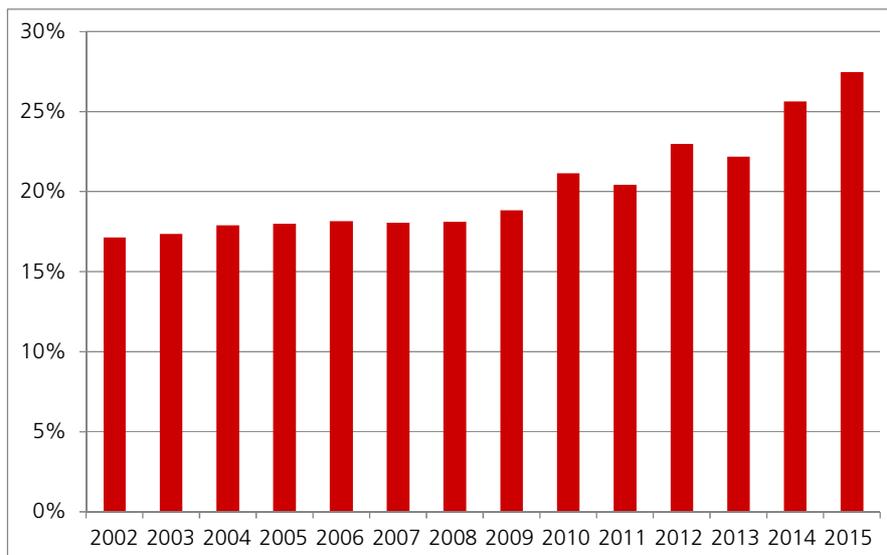
Anmerkungen: Spezialchirurgien umfassen Gefässchirurgie, Handchirurgie, Herz- u. thorakale Gefässchirurgie, Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Orthopädische Chirurgie, Plastische Chirurgie
 Quelle: Ärztestatistik FMH

4 Daten zu Spezialisierung und Fragmentierung in der Schweiz

Es zeigt sich, dass die Workforce im Bereich (allgemeine) Chirurgie in den betrachteten Jahren relativ wenig zunimmt (+23%), während sie in den Spezialchirurgien markant anwächst (+117%).

Eine weitere Spezialisierungstendenz, die sich allenfalls in Statistiken niederschlägt, kann innerhalb der Facharzttitel in Form des Erwerbs von **Schwerpunkttiteln** stattfinden. Als Beispiel haben wir hier die Entwicklung des Anteils der berufstätigen Ärzt/innen mit Hauptfach Kinder- und Jugendmedizin, welche über mindestens einen Schwerpunkttitel verfügen, gegenüber den Ärzt/innen mit Hauptfach Kinder- und Jugendmedizin ohne Schwerpunkttitel beigezogen (vgl. **Abbildung 4**). Es zeigt sich, dass der Anteil der pädiatrischen Schwerpunkttitelträger/innen im Zeitverlauf stetig anwächst (+60%).

Abbildung 4: Anteil Schwerpunkttitelträger/innen bei den berufstätigen Ärzt/innen mit Hauptfachgebiet Kinder- und Jugendmedizin 2002–2015



Anmerkungen: Schwerpunkte umfassen Entwicklungspädiatrie, Kindernotfallmedizin, Neonatologie, Neuropädiatrie, Pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie, Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie, Pädiatrische Kardiologie, Pädiatrische Nephrologie, Pädiatrische Onkologie-Hämatologie, Pädiatrische Pneumologie, Pädiatrische Rheumatologie
Quelle: Ärztestatistik FMH, berufstätige Ärzte FMH-Schwerpunkte

Im Hintergrund der dargestellten Entwicklungen steht die überhaupt bestehende Möglichkeit, einen Facharzt- oder Schwerpunkttitel erwerben zu können. Diese hängt einerseits von der Reglementierung von (neuen) Facharzttiteln oder Schwerpunkten durch das SIVF und andererseits auch von entsprechend verfügbaren Weiterbildungsstellen in den Spitälern ab. Bezüglich der Entwicklung der Zahl der Facharzttitel, Schwerpunkte sowie Fähigkeitsausweise verweisen wir an dieser Stelle auf den Bericht des SIVF (2016).

4.3 Fakultäten, Lehrstühle, Professuren

Anders als für den Bereich der Entwicklung der Spitälern, der Facharzttitel und der ärztlichen Arbeitskräfte liegen für den Bereich der Fakultäten, Lehrstühle und Professuren keine vergleichbaren administrativen Datenbestände vor. Die Durchführung entsprechender Recherchen und Erhebungen hätten den Rahmen der vorliegenden Studie gesprengt. Aus diesem Grunde kann die zahlenmässige Entwicklung im akademischen Bereich nicht abgebildet werden. Stellvertretend sei hier lediglich auf die Entwicklung der medizinischen Fakultät der Universität Basel hingewiesen, welche anlässlich des 550-Jahre-Jubiläums der Universität Basel im Jahr 2010 wie folgt beschrieben wurde: «Die heutige Struktur der Medizinischen Fakultät ist das Ergebnis eines fast zweihundert Jahre dauernden Prozesses der Ausdifferenzierung.»³ 1835 bestanden

³ <https://unigeschichte.unibas.ch/fakultaeten-und-faecher/medizinische-fakultaet/index.html> (abgerufen 30.05.2016).

4 Lehrstühle resp. Professuren (Anatomie, Physiologie, Pathologie, Chirurgie), in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen 4 weitere dazu (Medizinische Klinik, Psychiatrie, Geburtshilfe/Gynäkologie und Hygiene), so dass die Zahl der Lehrstühle um 1900 bei 8 lag. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beschleunigte sich der Wachstumsprozess noch einmal deutlich. 2010 gab es bereits 120 Professuren: «Die Zahl der Professuren ist auf 120 angestiegen, davon sind 42 strukturelle Ordinariate und 64 strukturelle Extraordinariate, hinzu kommen ad personam vergebene (Extra-)Ordinariate und fünf Stiftungsprofessuren. Die Zahl der Professuren in den klinischen Fächern liegt mit 86 deutlich über der Zahl der nicht-klinischen Fächer (32).»

4.4 Fazit

- Anhand der Daten der Krankenhausstatistik des BFS lassen sich Entwicklungen der Spezialisierung nur sehr beschränkt abbilden. Auffallend sind der Rückgang der Grundversorgungsspitäler und der Ausbau der Zentrumsversorgung. Ausdifferenzierungen respektive Spezialisierungen innerhalb der einzelnen Betriebe sind nicht sichtbar.
- Auf der Grundlage von Jahresberichten einzelner Betriebe lässt sich die Tendenz zur Spezialisierung und Ausdifferenzierung zwar etwas besser nachvollziehen, die Betrachtung von Organigrammen alleine reicht jedoch nicht. Erschwerend für die Interpretation ist die undefinierte Verwendung von Begriffen wie Klinik, Abteilung, Bereich, Zentrum etc.
- In den administrativen Statistiken der FMH oder des Medizinalberuferegisters des BAG zu den erworbenen Facharzttiteln oder Schwerpunkten wird eine zunehmende Spezialisierung der Workforce in den letzten Jahren sichtbar. Spezialisierung bildet sich aber auch hier oft «unterhalb» solcher Statistiken aus.

5 Ergebnisse der Literatur- und Dokumentenanalyse

Im Folgenden werden die Resultate der internationalen Literatur- und Dokumentenanalyse und der Schweizer Literaturrecherche zu den Fragestellungen des Mandats dargestellt.

5.1 Schlüsselfaktoren der Spitalorganisation in der Schweiz

Die Spezialisierung in der Humanmedizin ist einer von zahlreichen Aspekten, die nicht nur die Spitalorganisation, sondern die Spitallandschaft generell prägen. So können etwa der Kosten- und Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen, Arbeitsgesetze oder der Fachkräftemangel ebenfalls Folgen für die Patient*innenpfade zwischen und innerhalb der Spitäler haben. Die Gefahr fragmentierter Behandlungen wird etwa auch auf vermehrte Wechsel und Übergaben aufgrund geringerer Präsenzzeiten des medizinischen und pflegerischen Personals zurückgeführt. Die im Folgenden skizzierten Herausforderungen und Merkmale der Schweizer Spitallandschaft und Spitalorganisation bilden den Kontext, in dem die Spezialisierung stattfindet. Der Effekt einzelner Faktoren der Spitalorganisation lässt sich dabei kaum isolieren – dies gilt es jeweils zu bedenken, wenn im vorliegenden Bericht von den Ursachen und Folgen von Spezialisierung die Rede sein wird.⁴

5.1.1 Schweizer Spitallandschaft: Merkmale und Herausforderungen

Die Förderung von Spezialisierungs- und Konzentrationsprozessen in den Akutspitälern gehörte ausdrücklich zu den Zielen der KVG-Revision, die 2009 in Kraft getreten ist. Auf der Ebene der Spitallandschaft hat die **neue Spitalfinanzierung** (Wegfall kantonaler Subventionen und Defizitgarantien, Einführung der Fallpauschalen), dazu geführt, dass sich Spitäler stärker im Markt positionieren und strategische Entscheide dazu fällen müssen, welche Leistungen vor Ort und welche in Kooperation mit anderen Spitälern angeboten werden sollen (Tuckermann et al. 2014b). Dies gilt insbesondere auch für spezialisierte Leistungen, da sich Spitäler durch die Anwendung modernster Technologie und neusten medizinischen Eingriffen auf dem Markt positionieren können.⁵ Dabei stehen öffentliche Spitäler mit **Privatkliniken** in Konkurrenz, welche bereits vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung den Markt der Reha- und Spezialkliniken dominiert haben und seit 2012 – sofern sie auf der Spitalliste stehen – ebenfalls den kantonalen Finanzierungsanteil bekommen, der bislang den öffentlichen Spitälern vorbehalten war. Der Wettbewerb gilt dabei nicht zuletzt auch den (aus finanzieller Sicht für Spitäler interessanten) halbprivat und privat versicherten Patient*innen. Auch dort sind Privatspitäler traditionell besser positioniert (2011: 63% gegenüber 18% in öffentlichen Spitälern, vgl. CS 2013, 25).

Verschiedentlich wird bemängelt, dass Kantone auch nach der neuen Spitalfinanzierung mit sogenannten gemeinwirtschaftlichen Leistungen⁶ öffentliche Spitäler versteckt subventionieren, Regional- und Standortpolitik betreiben und in diesem Rahmen «Überkapazitäten in der Spitallandschaft» aufrechterhalten (Gerny/Aschwanden 2015, BAG 2015). Dies hat auch mit den mehrfachen und teils widersprüchlichen Rollen der Kantone infolge der KVG-Revision und der neuen Spitalfinanzierung zu tun (Spitalplanung, Leistungseinkauf, Kostenbeteiligung an KVG-pflichtigen Spitalleistungen, (Mit-)Besitz von Kantonsspitälern

⁴ Dies gilt auch für den Einfluss von SwissDRG auf die alltägliche Praxis im Spital. Nicht zuletzt aus diesem Grund stützt sich die Begleitforschung dort vorwiegend auf Ärztebefragungen zu Veränderungen im Spitalalltag und der Rolle, welche DRGs aus ihrer Sicht dabei zukommt (IDoC group 2015, Golder et al. 2016).

⁵ Vgl. u.a. Trageser et al. 2012 und CS 2013. Dies gilt jedoch nicht unbedingt für die hochspezialisierte Medizin (HSM), welche von den Kantonen gemeinsam und auf gesamtschweizerischer Ebene geplant wird, basierend auf der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM).)

⁶ Aufwendungen, die nicht zulasten des KVG gehen dürfen (z.B. Kosten für Forschung und universitäre Lehre). Mit den gemeinwirtschaftlichen Leistungen – die nicht abschliessend definiert sind – wird Kantonen ein gewisser Spielraum in der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung gewährt.

etc.). Ob man Überkapazitäten vermutet oder nicht: Plausibel scheint, dass mit erhöhter Spital- und Versorgungsdichte nicht nur die Wettbewerbsintensität zunimmt (CS 2013, 28), sondern auch die Wahrscheinlichkeit, dass Spitäler versuchen, sich mittels Spezialisierung im umkämpften Markt zu positionieren.

Wie der Gesundheitssektor im Allgemeinen ist auch der Spitalmarkt ein Wachstumsmarkt, zahlreiche Spitäler befinden sich auf Expansionskurs (vgl. z.B. Golder et al. 2016). Der **steigende Bedarf nach Spitalleistungen** hängt zum einen mit dem Bevölkerungswachstum und dem demografischen Wandel zusammen, hat aber andererseits auch mit dem medizinischen Fortschritt zu tun (Stichwort «angebotsinduzierte Nachfrage» bei neuen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten, die in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden, vgl. CS 2013, 9). In der Schweiz ist die **Verbreitung von Medizintechnik** vergleichsweise hoch und gehört unter den OECD-Ländern zur Spitze, was die Pro-Kopf-Versorgung mit ausgewählten medizinisch-technischen Gerätschaften anbelangt (MRI-Geräte, CT-Scanner, Lithotriptoren, Strahlentherapiegeräte, vgl. Trageser et al. 2012, 12). Diese können auch ohne breite Evidenzbasis zum «state of the art» in einem bestimmten Feld avancieren und damit die Entwicklung spezialisierter Kliniken (und der darin angebotenen Leistungen) prägen, wie das Beispiel der roboter-unterstützten laparoskopischen Operation in Urologischen Kliniken zeigt (SAMW 2012, 13).

Der **Ärztmangel** macht sich nicht nur in der Hausarztmedizin, sondern auch in den Spitälern zunehmend bemerkbar. Eine repräsentative Befragung der Spitalärzteschaft von 2015 zeigt, dass es vielerorts am nötigen Personal fehlt (Golder et al. 2016). Der erhöhte Bedarf an ärztlichem Personal hängt u.a. mit dem Trend zur Teilzeittätigkeit (bei Frauen und Männern) sowie dem stetig ansteigenden administrativen und dokumentarischen Aufwand insbesondere bei Assistenzärzt/innen zusammen (vgl. u.a. Fässler et al. 2015, Hess 2016). Vor allem aber ist es die **gesetzliche Beschränkung der Wochenarbeitszeit**, welche nicht nur in der Schweiz, sondern auch im Ausland zu einem erhöhten Bedarf an ärztlichem Personal geführt hat. In der internationalen Literatur wird dieser Aspekt vielfach nicht nur als Herausforderung für die kontinuierliche Versorgung von Patient/innen gesehen – erhöhte Gefahr fragmentierter Patientenpfade und Behandlungsfehler durch eine höhere Frequenz an Schichtwechseln und Übergaben –, sondern wird auch als Hauptgrund für die Etablierung neuer Berufsprofile und Modelle genannt.⁷ Mit anderen Worten: Die Diskussion um Fragmentierung hat zwar auch im Ausland mit dem Verhältnis von Spezialist/innen und Generalist/innen und deren Aufgabenteilung zu tun. Der Fachkräftemangel und die Arbeitszeitenregelungen werden jedoch als weitaus zentralere Herausforderung für die Sicherstellung einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Versorgung betrachtet.

Mit Blick auf die zukünftigen Verschiebungen in der Patientenpopulation (Zunahme von Polymorbidität, chronisch erkrankten Menschen) wird vereinzelt auch die Frage aufgeworfen, inwiefern die **historisch gewachsenen Strukturen** des Gesundheitssystems geeignet sind, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. So plädiert etwa die OECD dafür, Investitionen in die Spitalinfrastruktur sorgfältig zu überdenken, um für die kommenden Jahrzehnte genügend flexibel für die Förderung neuer Versorgungsmodelle zu bleiben – diese werden grundsätzlich eher ausserhalb der Spitäler gesehen. Nach Ansicht der OECD sollten Patient/innen künftig vermehrt nach «burden of morbidity» kategorisiert (statt nach einzelnen Krankheitsbildern) und Behandlungspfade sowie Versorgungsmodelle entsprechend aufgebaut werden (Plochg et al. 2011, 5; 25). Eine Analyse zur Schweizer Gesundheitsversorgung sieht hingegen eher systembedingte Verstärkungen von Spezialisierungs- und Fragmentierungstendenzen:

Heute ist die Gesundheitsversorgung in der Regel nach Behandlungstechniken organisiert oder stellt ein möglichst umfassendes Leistungsangebot sicher. Beides führt zur Fragmentierung der Ge-

⁷ Siehe z.B. Bernstein et al. (2010), Grant et al. (2012), Rapson et al. (2014).

sundheitsversorgung. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Finanzflüsse, da der beste Anreiz für hohe Qualität hohe Patientenfallzahlen mit gleicher Diagnose sind. (Teisberg 2008, 51)

Wie in der Schweiz werden auch in der internationalen Literatur Faktoren wie Kostendruck und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen als wesentliche Gründe für Veränderungen in der Spitalorganisation bezeichnet. So ist etwa die Einführung neuer Funktionen wie «hospitalists» oder «acute physicians» (vgl. Abschnitte 5.3.2, 5.3.3) zwar durchaus eine Massnahme, um Fragmentierungen in der Patientenversorgung entgegenzuwirken, die starke Zunahme der Hospitalists erfolgt jedoch auch mit Blick auf Kosteneffizienz und die Aufrechterhaltung des Spitalbetriebs angesichts der gesetzlichen Arbeitszeitbeschränkung der Assistenzärzt/innen (vgl. z.B. Slim et al. 2011).

5.1.2 Einfluss der Finanzierung auf Spezialisierungstendenz und Spitalorganisation

Die neue Spitalfinanzierung und der Druck der Rentabilität (in diesem Zusammenhang ist auch von «Ökonomisierung» in der Medizin die Rede, vgl. SAMW 2014) prägen nicht nur die Schweizer Spitallandschaft, sondern auch die Aufbau- und Ablauforganisation einzelner Spitäler. Aus der Begleitforschung zur Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) lässt sich ableiten, dass in diesem Vergütungssystem Anreize zum Ausbau spezialisierter Angebote bestehen, zum einen aufgrund der Ausgestaltung der Tarife, zum anderen aufgrund der Lohnstrukturen.

In der Diskussion um das **Tarifsystem** SwissDRG, das seit der Einführung im Jahr 2012 kontinuierlich weiterentwickelt wurde (2017 tritt die Version 6.0 in Kraft), werden vielfach die tendenziell lukrativen spezialisierten Leistungen den komplexen, multimorbiden Fällen gegenübergestellt. Letztere würden kaum kostendeckend abgegolten (trotz effizienten Prozessen) und oft in Abteilungen der Allgemeinen Inneren Medizin behandelt – nicht selten zur Entlastung anderer Fächer (Aujesky 2015). Risiken für defizitäre Fälle bestehen indes auch bei (hoch-)spezialisierten Leistungen, insbesondere bei Eingriffen, die (noch) nicht zu häufig erbrachten Routineleistungen gehören. Finanziell interessant sind demnach Interventionen, die standardisiert und mit geringen Komplikationsrisiken durchgeführt werden können – insbesondere in diesen Bereichen werden Überkapazitäten und Mengenausweitung beobachtet (SAMW 2014, 27).

In Deutschland, wo dem DRG-System⁸ ein grosser Einfluss auf die Spitalorganisation zugeschrieben wird, zeigt sich ebenfalls, dass Spezialisierung nicht a priori finanzielle Vorteile bringt. Zwar gibt es durchaus Bereiche, wo sich der Aufbau spezialisierter Einheiten sowohl aus ökonomischer als auch aus qualitativer Perspektive lohnt. Dies zeigt sich etwa am Beispiel eines Stroke-Units, wo man über einen Zeitraum von vier Jahren den Anteil höher dotierter DRGs steigern und die Verbesserung von Patientenführung, Informationsfluss und Behandlungsqualität erreichen konnte (Chatzikonstantinou et al. 2011). In anderen Bereichen, z.B. der klinischen Notfallversorgung, ist eher fraglich, ob angesichts der bestehenden Erlösstrukturen eine Spezialisierung – in Form von interdisziplinären Notaufnahmen mit speziell ausgebildeten Notfallmediziner*innen – das Kosten-Leistungs-Verhältnis verbessert werden kann (Walz 2011).⁹

Ob eine weitere Ausdifferenzierung der Spitalstrukturen und eine Gewichtsverschiebung zugunsten spezialisierter Leistungen stattfinden wird, dürfte indes nicht nur von der Entwicklung der Tarifstrukturen abhängen, sondern auch vom Case-Mix-Index und davon, auf welcher Ebene Umsatz bzw. Kosteneffizienz beurteilt werden. Derzeit stehen insbesondere Kaderärzt/innen unter Druck, in ihren Abteilungen und

⁸ Das G-DRG System (German Diagnosis Related Groups) wurde 2004 eingeführt. SwissDRG basiert auf G-DRG.

⁹ Die Organisationsstrukturen und Zuständigkeiten in der Notfallmedizin (Wer leitet interdisziplinäre Notaufnahme? Braucht es einen neuen Facharzttitel? etc.) sind auch in der Schweiz kontrovers diskutierte Themen, vgl. u.a. Zimmermann et al. (2015), Schulthess et al. (2014).

Teams diesbezüglich messbare Fortschritte zu erzielen (Cuénoud 2016). Vor diesem Hintergrund ist es durchaus denkbar, dass die Position von Generalist/innen angesichts einer Vielzahl finanziell unattraktiver Fälle innerhalb der Aufbau- und Ablauforganisation weiter an Bedeutung verliert. Dabei spielen auch Investitionsentscheidungen eine Rolle: Kommen eher «finanzkräftige Spitalfächer» bei Infrastrukturprojekten zum Zug, oder können sich Fächer wie die Allgemeine Innere Medizin durchsetzen? (Aujesky 2015).

Entscheidend für die Strukturanpassungen und allenfalls Spezialisierung der Leistungsportfolios von Spitälern sind nicht nur die Höhe der Tarife, sondern auch die zugrundeliegenden **Kodierungsrichtlinien**, Prozedurenklassifikation und die Anforderungen, welche Leistungserbringer erfüllen müssen (z.B. bezüglich Zertifizierung, Ausbildungs- und Qualitätsstandards etc.).¹⁰ Die Spitäler sehen sich diesbezüglich mit einer steigenden Anzahl Anforderungen und in gewissen Bereichen sehr strengen Kriterien konfrontiert (Cuénoud 2016).

Allfällige Wechselwirkungen zwischen der Leistungsvergütung gemäss SwissDRG und einer zunehmenden Spezialisierung dürften nicht zuletzt auch vom **Lohnsystem** abhängig sein, d.h. inwieweit für die Ärzteschaft aufgrund von Bonuszahlungen ein Anreiz besteht, vermehrt bestimmte spezialisierte Leistungen anzubieten bzw. abzurechnen. Die DRG-Begleitforschung im Auftrag der FMH (Golder et al. 2016) zeigt, dass besonders in den Chefetagen leistungsabhängige Lohnsysteme eine Rolle spielen (Akutsomatik: 24% der leitenden Ärzte, 17% der Chefärzte) und Bonuszahlungen einen wachsenden Anteil am Gesamtlohn ausmachen. In solchen Systemen kann es (v.a. gekoppelt mit Sollvorgaben, die jedoch nach wie vor selten sind) dazu kommen, dass unnötige Operationen und Behandlungen gemacht werden. Das wird in der Praxis zwar nur in geringem Masse beobachtet, in der Tendenz aber immer häufiger.¹¹

Die bereits erwähnte Zunahme der **administrativen Belastung** wird zu einem grossen Teil auf die Einführung von SwissDRG zurückgeführt. Damit bleibt weniger Zeit für patientennahe Tätigkeiten, aber auch für die eigene Fortbildung sowie für die Anleitung von Ärzt/innen in Weiterbildung (Fässler et al. 2015). Letztere wenden rund 27% ihrer Arbeitszeit für Dokumentationsarbeiten auf, während Chefärzt/innen zunehmend mit Rückfragen und Kontrollen durch Krankenkassen beschäftigt sind (Golder et al. 2016). Inwiefern sich dieser Aspekt auf die Spezialisierung und die ärztliche Weiterbildung mittel- und längerfristig auswirken wird, lässt sich aufgrund dieser Befunde nicht beurteilen. Aufhorchen lässt, dass Ärzt/innen in der Akutsomatik ungeachtet ihrer Position, jedoch besonders ausgeprägt innerhalb der Gruppe der Chefärzt/innen, ihre Arbeit heute als weniger intellektuell stimulierend empfinden als noch vor kurzem. Analog zu den Entwicklungen in Deutschland könnten sich **Anforderungs- und Aufgabenprofile von Kaderärzt/innen** entsprechend verändern und künftig nebst klinischen Anteilen auch Funktionen im Bereich Personalführung, Spitalökonomie und Qualitätsmanagement umfassen.¹²

In der englischsprachigen Literatur wird auf die Bedeutung von **Finanzflüssen aus Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen** aufmerksam gemacht. Die Zahlungen an einzelne Ärzt/innen oder Kliniken (bzw. umgekehrt die finanzielle Beteiligung von Ärzt/innen an entsprechenden Firmen oder Spitälern) unterscheiden sich laut einer US-Studie zu Zahlungen aus dem Jahr 2013 stark nach Fachgebiet. Während ein Grossteil der Kardiolog/innen und der Neurochirurg/innen von entsprechenden Zahlungen profitierten, kam dies in der Pathologie kaum vor (Marshall et al. 2016). Die OECD kritisiert, dass solch bestehende Partnerschaften zwischen einzelnen Fachgebieten, der universitären Forschung und den Forschungs- und

¹⁰ Siehe dazu auch Kap. 6.2.2.

¹¹ Die Forscher/innen der IDoC Group (2015) weisen darauf hin, dass es in jedem denkbaren Vergütungssystem problematische Anreizstrukturen gibt. Man müsse darauf bedacht sein, solche Effekte zu beobachten und ggf. Anpassungen vorzunehmen bzw. alternative Lösungen zu erarbeiten. Leistungsabhängige Lohnsysteme und der finanzielle Anreiz, halbprivat oder privat versicherte Patient/innen zu behandeln, gab es bereits vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung und SwissDRG.

¹² Zum Aufgabenprofil des «Chief Medical Clinic Manager» in Deutschland siehe Jacobs et al. (2010).

Entwicklungsabteilungen in den Unternehmen dazu führen, dass Innovationen in der Medizin vorab die Spezialisierung vorantreiben und kaum Ressourcen verbleiben für Forschung, die sich beispielsweise mit patientenzentrierten Versorgungsmodellen auseinandersetzt (Ploch et al. 2011). Die konkreten Mechanismen und Wechselwirkungen zwischen Industriegeldern und den Spezialisierungstendenzen in einzelnen Disziplinen bleiben indes unklar. Dazu müssten die Geldflüsse aus der Industrie (die neu im Rahmen der Transparenzinitiative auch in der Schweiz künftig öffentlich gemacht werden sollen) weitergehend analysiert werden. So ist beispielsweise auch in der Pathologie (wo zumindest in den USA Gelder von Unternehmen eine geringe Rolle spielen) eine zunehmende Spezialisierung festzustellen.¹³

5.2 Mechanismen universitärer und klinischer Karrieren

Der folgende Themenblock befasst sich einerseits mit der Frage, inwiefern Karrieremöglichkeiten in der Akademie und in Spitälern von Spezialisierung oder Subspezialisierung geprägt sind und welche Rolle Anliegen und Interessen der Ärzteschaft dabei spielen. Andererseits geht es um Hintergründe bezüglich der Einrichtung neuer Lehrstühle, Institute und Kliniken.

5.2.1 Zusammenspiel zwischen Akademie, Forschung und Klinik

Die Universitätsspitäler als Zentren der fakultären Entwicklung und die Akademie stehen in enger Wechselbeziehung. Aufgabenbereiche der **universitären Medizin** sind (1) Gesundheitsversorgung, (2) Lehre und Weiterbildung sowie (3) Forschung und Entwicklung. Universitätsspitäler haben ein breites Leistungsspektrum sicherzustellen (von der Grundversorgung bis zur hochspezialisierten Medizin), bilden auf allen Stufen den ärztlichen Nachwuchs aus und betreiben in Kooperation mit den medizinischen Fakultäten Forschung, wobei der translationalen Forschung eine hohe Bedeutung zugemessen wird (Vetterli/Frey 2016). Dazu sind inhaltliche und strukturelle Verbindungen zwischen Fakultät und Universitätsspital erforderlich, welche jedoch u.a. angesichts der Eigenständigkeit der Trägerinstitutionen, neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen (Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz, neue Spitalfinanzierung und Verselbständigung der Universitätsspitäler), der interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin, den Reformen im Bildungswesen (Bologna-System) und dem allgemeinen Kostendruck eine Herausforderung darstellen (Meier-Abt 2013, Grätz/Schirlo 2013).¹⁴

Wissenschaftlicher Fortschritt und Innovation spielen selbstredend eine zentrale Rolle für die **Entwicklung eines Fachgebiets**, was mit verbesserten und neuen Behandlungsmöglichkeiten letztlich Patient/innen zugutekommt. Forschung und akademische Abstützung sind jedoch auch wichtig für die **Sichtbarkeit, Anerkennung** und formale Etablierung sowie das gesellschaftliche und fachliche **Prestige** einzelner Disziplinen. Dies gilt für (Sub-)Spezialisierungen gleichermaßen wie für generalistische oder interdisziplinäre Bereiche wie die Allgemeine Innere Medizin, die Hausarztmedizin oder die Palliativmedizin (vgl. u.a. Bauer 2010, Morrison/Meyer 2011). Die Institute für Hausarztmedizin sind in der Schweiz bislang vorwiegend auf die Lehre fokussiert, während der Bereich Forschung im Vergleich zum Ausland erst in geringem Mas-

¹³ Vgl. das Vorwort zu den Qualitätsrichtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie von 2011: «Die kontinuierliche Subspezialisierung hat auch vor der Pathologie nicht Haltgemacht.»

¹⁴ Wie Grätz/Schirlo (2013) darlegen, existieren zahlreiche Möglichkeiten, wie diese strukturelle Integration erfolgen kann. Beispielsweise haben die Universität Lausanne und das Universitätsspital CHUV eine gemeinsames Leitungsgremium für die Koordination von Lehre, Forschung und Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses; die Zusammenarbeit ist formal geregelt («Conseil de direction UNIL-CHUV», vgl. Reglement vom 16.11.2005 unter <http://www.unil.ch/fbm/home/menuinst/faculte/reglements.html>, Stand Okt. 2016). In Zürich wird die Bedeutung der räumlichen Nähe betont, welche den Austausch zwischen Forschungsstätten und Universitätskliniken vereinfacht (Hock/Zünd 2015). In Bern haben das Inselspital und die medizinische Fakultät gemeinsam Richtlinien erarbeitet, welche die ärztlichen Kaderfunktionen, deren Bezug zu akademischen Positionen sowie die Möglichkeit zur gegenseitigen Stellungnahme bei der Ernennung im jeweils anderen Bereich festlegen.

se erfolgt. Letzteres wird jedoch als zentral erachtet, um die Hausarztmedizin nachhaltig in den Fakultäten zu verankern und die Attraktivität des Fachs für den ärztlichen Nachwuchs zu steigern (Tandjung et al. 2014). Allerdings scheinen generalistisch ausgerichtete Ansätze, welche nicht auf eine weitere Spezialisierung tendieren (patientenzentrierte Forschung, Versorgungsforschung, Comparative Effectiveness Research oder «vergleichende Wirksamkeitsforschung») im Vergleich zu anderen Fachgebieten mit eher bescheidenen finanziellen Mitteln ausgestattet, insbesondere dürften industrielle Forschungsgelder kaum eine Rolle spielen (Bauer 2010, SAMW 2012). Generell kann angesichts des Spardrucks bei Bund und Kantonen davon ausgegangen werden, dass die Bedeutung der bereits heute wichtigen öffentlichen und privaten Drittmittel sowie die Forschungsförderung im Allgemeinen künftig noch zunehmen wird, wenn es darum geht, eine Balance zwischen «specialism» und «generalism» zu finden.

Die OECD plädiert angesichts der zukünftigen Herausforderungen (mehr chronische, multimorbide Patient/innen) dafür, **Forschungsgelder** gezielt für Versorgungsforschung und die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle einzusetzen (Plochg et al. 2011). Auch in einzelnen Disziplinen werden Massnahmen diskutiert, welche Forschungsthemen für alle Teilbereiche relevant sind, um angesichts zunehmender Subspezialisierungen dem Auseinanderbrechen des Fachgebiets entgegenzuwirken (Bassetti/Hughes 2014). In der Schweiz gibt es bereits Ansätze in dieser Richtung: So hat die SAMW Multimorbidität zu einem Schwerpunktthema 2017–2020 erklärt; und an der Universität Zürich ist ein inter- und transdisziplinäres Kompetenzzentrum Multimorbidität entstanden, das in einen neuen universitären Forschungsschwerpunkt integriert ist und für die klinische Forschung mit verschiedenen Spitälern zusammenarbeitet (Battegay 2013, www.multimorbidity.uzh.ch). Mit dem vor kurzem angelaufenen Nationalen Forschungsprogramm 74 soll «innovative Versorgungsforschung» gefördert werden, namentlich praxisorientierte Forschungsprojekte zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen.¹⁵

Nicht nur Forschungsgelder, sondern auch die Forschungsperspektive und das Verständnis von medizinischem Fortschritt und Innovation werden als entscheidend erachtet:

Professionalization of health professions has become synonymous for specialisation. When knowledge becomes very complex, specialization in just one segment makes the work more manageable by limiting breadth while permitting depth and innovation. [...] In healthcare, this traditional way of reducing complexity is based on the assumption that [...] understanding each component separately leads to an understanding of the entire health problem. [...] Under this assumption, innovation in medical science results in knowledge on smaller and smaller bodily parts reflected by an ever growing number of deeper and narrower (sub)specialties. (Plochg et al. 2011, 7)

Demgegenüber richte sich eine generalistische Perspektive auf Systeme. Gegenwärtig wird beobachtet, dass nicht nur in der Medizin eine «Rückbesinnung auf die Zusammenhänge» erfolgt. Eine entsprechende Trendwende sei auch in der Biologie zu beobachten, wo zunehmend Fragen zum Zusammenspiel komplexer Systeme an Bedeutung gewinnen (Battegay 2013).

Was medizinische Karrieren betrifft, ist der fehlende Nachwuchs bzw. Karrieremöglichkeiten in der **klinischen Forschung** schon seit längerem Gegenstand der Diskussion.¹⁶ Im Gegensatz dazu gelten **Spitalkarrieren** als attraktiver, da einfacher zu planen (Buddeberg-Fischer et al. 2010).

¹⁵ Vgl. <http://www.nfp74.ch/de> (Stand Oktober 2016).

¹⁶ Vgl. <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14206/index.html?lang=de> (Stand Oktober 2016), Crameri et al. (2014), Banz et al. (2011).

5.2.2 Interessen und Anliegen der Ärzteschaft

Zur spezifischen Frage, inwiefern Anliegen und Interessen von Ärztinnen und Ärzten die Entwicklungen in Bezug auf Spezialisierung und auf Karrierepfade beeinflussen, sind uns keine Studien bekannt. Die umfangreiche Literatur zu Karrierepfaden und Arbeitsbedingungen in der Medizin verweist jedoch auf generelle Trends, welche mittelfristig die Versorgungslandschaft (und damit auch die Spitalorganisation) noch stärker prägen dürften.

Die Entstehung des Fachärzttemixes und insbesondere die Einstellungen, die junge Ärztinnen und Ärzte bei der **Wahl der Fachrichtung** leiten, sind breit erforscht (für die Schweiz z.B. Buddeberg-Fischer et al. 2006a, van der Horst et al. 2010, Dubach et al. 2014). Viele Wahlentscheide gründen in gesellschaftlichen «Megatrends», im Prestige bestimmter Disziplinen, sind aber auch persönlichen Lebensumständen oder auch charakterlichen Dispositionen geschuldet. Zunehmend spielen bereits zum Zeitpunkt der Wahl einer Fachrichtung Fragen der **Work-Life-Balance** eine Rolle (Celenza et al. 2012, Creed et al. 2010). Zeitgemässe Arbeitsbedingungen gehören seit einiger Zeit zu den wichtigsten Forderungen des ärztlichen Nachwuchses. Ein Teil dieser Anliegen wurde mit der gesetzlichen Beschränkung der wöchentlichen Arbeitszeit sowie mit der Möglichkeit, in den meisten Weiterbildungsprogrammen mindestens einen Teil der fachspezifischen Weiterbildung in einem Teilzeitpensum zu absolvieren, mittlerweile umgesetzt (Hänggeli 2015). Sowohl in der Schweiz als auch im Ausland scheinen Ärzt/innen sowohl während als auch nach der Weiterbildung in der Praxis nach wie vor mit Hürden konfrontiert: Der verbreitete Wunsch nach einer Reduktion des Pensums lässt sich nur schwer realisieren (Norman et al. 2014); Teilzeittätigkeit wirkt sich negativ auf die Karriereperspektiven aus (Meghen et al. 2013), und insbesondere in prestigeträchtigen Disziplinen (z.B. Chirurgie) sind Teilzeitpensum kaum möglich, was insbesondere bei Frauen zu einer Neuorientierung der Karriereziele führt (Buddeberg-Fischer et al. 2010). Eine aktuelle Erhebung des VSAO Bern zeigt, dass die Anzahl Teilzeitstellen für Assistenzärzt/innen nach wie vor gering ist – gemäss älteren Studien sind diese auf wenige Fächer beschränkt, v.a. Psychiatrie und Innere Medizin –, und dass entsprechende Anliegen weiterhin häufig auf Ablehnung stossen (Hess 2016). Dass sich Spitäler angesichts des Mangels an Ärzt/innen mit attraktiven Arbeitsbedingungen einen Vorteil auf dem Arbeitsmarkt verschaffen können, scheint in Fachkreisen zwar weitgehend unbestritten (vgl. z.B. Fegert et al. 2012), in der Spitalorganisation machen sich entsprechende Veränderungen erst zögerlich bemerkbar.

In Zusammenhang mit individuellen Karriereverläufen wird auch die Frage diskutiert, weshalb Weiterbildungsentscheide und Karrieremöglichkeiten vorwiegend im Bereich *Specialism* anzusiedeln sind, während **generalistische** Fächer und Tätigkeiten stetig **an Bedeutung zu verlieren** scheinen. Dies gilt nicht nur für die Hausarztmedizin, sondern auch für den Allgemeinbereich in der Chirurgie, in der Gynäkologie und in weiteren Fächern und wird zurückgeführt auf belastende oder weniger attraktive Arbeitsbedingungen¹⁷, geringere Saläraussichten, fehlende Entwicklungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie tieferes Prestige (Bassetti/Hughes 2014, Bauer 2016, Buddeberg-Fischer et al. 2006b, Trageser et al. 2012).

Schliesslich gilt es darauf hinzuweisen, dass die Ausgestaltung von Weiterbildungen sowie Karrieremöglichkeiten auch von bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen geprägt sind, etwa von der Anzahl vorhandener Ausbildungsplätze im gewünschten Fachgebiet (vgl. Buddeberg-Fischer et al. 2010), Weiterbildungsordnungen sowie von politischen Steuerungsmassnahmen. Mit dem Zulassungsstopp für Praxisbewilligungen ab 2002, der für Grundversorger/innen während 8 Jahren galt und für die Spezialmedizin nach einer kurzzeitigen Aufhebung 2012/13 in etwas flexiblerer Form wieder eingeführt wurde (sog.

¹⁷ Je nach Sektor (ambulant/stationär) und Arbeitsort (Einzel- oder Gruppenpraxis, Art und Organisation des Spitals) gelten jedoch unterschiedliche Bedingungen, die durchaus mit weniger Arbeitsbelastung und besserer Work-Life-Balance verbunden sein können als eine spezialärztliche Tätigkeit.

Übergangslösung, vgl. CS 2013, Roth/Sturni 2015), hat die ambulante Praxistätigkeit als Karriereperspektive an Bedeutung verloren.¹⁸ Gleichzeitig hat sich mit den ebenfalls 2002 in Kraft getretenen Arbeitszeitbeschränkungen für Assistenz- und Oberärzt/innen der Personalbedarf in den Spitälern erhöht. Vereinzelt wird die Ansicht vertreten, dass die Verunsicherung über Möglichkeit einer künftigen Praxistätigkeit bzw. die Hindernisse, eine Praxis zu eröffnen, im Spital tätige Ärzt/innen veranlasst habe, eine zusätzliche Spezialisierung zu erlangen (Trageser et al. 2012, 20; Glauser 2011). Ob dies tatsächlich zutrifft, lässt sich schwer verifizieren. Was Karrierepläne betrifft, zeigen Befragungen von stationär tätigen Ärzt/innen indes seit längerem, dass eine Mehrheit ihre berufliche Zukunft im Spital sieht. Dieser Trend hat sich in jüngster Zeit über die gesamte akutsomatisch tätige Ärzteschaft klar verstärkt, in der Gruppe der (noch unsicheren) Assistenzärzt/innen ist es eine konstante knappe Mehrheit, die im Spital bleiben will. Eine Tätigkeit als Belegarzt/Belegärztin wird nur von einer Minderheit angestrebt (Golder et al. 2016).

5.2.3 Entstehung neuer Institute, Kliniken und Professuren

Wie Abschnitt 4.1 gezeigt hat, findet Spezialisierung und Subspezialisierung oftmals «unterhalb» von Organigrammen statt. Zu beachten ist ausserdem, dass Begriffe wie «Kliniken» und «Abteilungen» nicht einheitlich verwendet werden und sich sowohl auf Aufbaustrukturen (inkl. organisatorisch eigenständigen Spezialkliniken) als auch auf Teams oder Austauschplattformen beziehen können, die eher der Ebene Ablauforganisation zuzuordnen sind. Das Entstehen neuer Kliniken kann sowohl eine potenzielle Fragmentierung bedeuten (als zusätzliche *separate* Einheit) als auch eine integrierende Funktion haben, wie dies etwa bei der Institutionalisierung multidisziplinärer Fallbesprechungen der Fall ist.

Hauptargument für das Entstehen neuer spezialisierter oder interdisziplinärer Kliniken ist die bessere und **effektivere Versorgung bestimmter Patientenpopulationen**. Dahinter stehen neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder Versorgungstrends (im Sinne von Modellen, die sich andernorts durchgesetzt und bewährt haben). In der internationalen Literatur finden sich hierzu zahlreiche Beispiele, u.a. die neu entstehenden «acute oncology services» für Krebspatient/innen, die auf Notfallstationen teilweise unnötige Abklärungen und Behandlungen erfahren (Pugh et al. 2015); kombinierte somatisch-psychiatrische Abteilungen für ältere Patient/innen mit kognitiven Einschränkungen (Goldberg et al. 2014); eine interdisziplinäre (rheumatologisch-dermatologische) Klinik für Psoriasis-Patient/innen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Arthritis aufweisen (Luelfmo et al. 2014) sowie multidisziplinäre Fallbesprechungen für die Behandlung von Brustkrebspatientinnen (Chabbert-Buffet et al. 2010) oder Patienten mit Prostatakrebs (Magnani et al. 2012).

In diesem Zusammenhang sind auch **Impulse von Akteuren aus Politik, Forschung und Akademie** relevant: Beispiel sind die Entwicklungen in der Palliativmedizin (Gründung eines Zentrums für Palliative Care am Inselspital Bern 2012, Stiftungsprofessur mit Anschubfinanzierung von der SAMW und Helsana an der Universität Bern 2016), die im Kontext der Nationalen Strategie Palliative Care gefördert wurden. Ziel ist einerseits die (breitere) Etablierung der Palliativmedizin in der Schweiz. Damit reagiert man nicht nur auf einen wachsenden Versorgungsbedarf (vgl. Morrison et al. 2011), sondern möchte auch erreichen, dass das wissenschaftliche, medizinische und nichtärztliche Fachpersonal für Aus- und Weiterbildungen sowie Karrieren nicht mehr ins Ausland ausweichen muss – dieser Aspekt dürfte auch bei (Sub-)Spezialisierungen in anderen Fachbereichen eine wichtige Rolle spielen. Andererseits wird mit der Universitätsklinik und der Professur für Palliative Care auch international eine stärkere Sichtbarkeit angestrebt.¹⁹

¹⁸ Seit Inkrafttreten der Übergangsregelung ist die Dichte der Spezialärzt/innen, die zulasten der Grundversicherung abrechnen, stetig angestiegen (Roth/Sturni 2015). Dies mag unterschiedliche Gründe haben und hängt nicht zuletzt auch mit der Zuwanderung ausländischer Ärzt/innen zusammen.

¹⁹ Vgl. Medienmitteilung der Universität Bern, «Stiftungsprofessur für Palliative Care besetzt», 02.02.2016.

Ein weiteres Beispiel für eine schweizweite Initiative ist der ab ca. 2002 von SNF und SAMW geförderte Auf- und Ausbau von Clinical Trial Units (CTU) an allen Universitätsspitalern und am Kantonsspital St. Gallen, um die patientenorientierte klinische Forschung zu stärken (Crameri et al. 2014, 5).

Schliesslich können auch **betriebswirtschaftliche Interessen** und ökonomische Rahmenbedingungen den Aufbau spezialisierter Einheiten und Kliniken befördern. In den USA ist seit geraumer Zeit zu beobachten, dass die Zahl von Spezialkliniken generell stark steigt und zunehmend Spezialkliniken an die Stelle schliessender Allgemeinspitäler treten (Al-Amin et al. 2010). Spezialisierte Zentren gelten als Marketing-Tool, wobei es als primäre Zielgruppe die zuweisenden Ärzt/innen zu überzeugen gilt, deren Empfehlungen in der Spitalwahl von Patient/innen eine wesentliche Rolle spielen (Lux et al. 2011).

5.3 Patientennutzen und Behandlungsqualität

Die mit dem Wissenszuwachs einhergehende zunehmende Komplexität der Behandlungsmöglichkeiten und Organisationsstrukturen kann für Patient/innen nebst zahlreichen Vorteilen – z.B. weniger invasive Eingriffe, verbesserte Diagnostik, effizientere Behandlungsmethoden etc. – auch negative Folgen haben. Im Folgenden wird aufgezeigt, in welchen Bereichen der Patientennutzen und die Behandlungsqualität durch Spezialisierungstendenzen und suboptimale Organisationsstrukturen gefährdet scheinen, und wie in Spitälern Patientenpfade koordiniert werden (könnten), um fragmentierte Behandlungsverläufe und unnötige Behandlungen zu verhindern.

5.3.1 Evidenz für Über-, Unter-, Fehlversorgung

Überversorgung, Unterversorgung oder Fehlversorgung hospitalisierter Patient/innen können im Kontext zunehmender Spezialisierung verschiedene Hintergründe haben: Fehlende Balance zwischen Spezialist/innen und Generalist/innen, mangelnde Koordination zwischen Abteilungen, Kliniken und Facharztgruppen und/oder Konflikte um die Aufgabenteilung, eine suboptimale Ablauforganisation etc.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche zeigen, dass nicht Patient/innen generell, sondern **spezifische Gruppen von Patient/innen** das Risiko haben, nicht adäquat und ineffizient behandelt zu werden: Betroffen sind insbesondere Personen mit Mehrfacherkrankungen und ältere Menschen (mit kognitiven Einschränkungen), aber auch Personen mit fortgeschrittener schwerer Erkrankung. Die Versorgung dieser Gruppen stellt aber generell eine Herausforderung dar, selbst wenn auf Ebene der Aufbau- oder Ablauforganisation Massnahmen für die Behandlungscoordination und eine ganzheitliche Sichtweise auf Patient/innen ergriffen werden (vgl. Morrison et al. 2011; Goldberg et al. 2014 zur Versorgung älterer Patient/innen mit Demenz oder Delirium und somatischen Gesundheitsproblemen auf einer interdisziplinären Behandlungsstation). Ehrich et al. (2015) erinnern daran, dass nicht nur einzelne Spitäler, sondern auch die Spitallandschaft insgesamt vor der Herausforderung stehe, eine geeignete Balance zwischen Grundversorgung, spezialisierter und hochspezialisierter Versorgung zu finden und dabei zu beachten, dass der Zugang für Patient/innen gewährleistet sei:

Large centers with multiple specialists often are recommended as the best way forward, but this strategy also risks fragmentation and potentially undermines the competence within local hospitals, as well as being inconvenient for families living far away. (Ehrich et al. 2015)

In der internationalen Literatur gibt es Hinweise darauf, dass die Behandlungscoordination zwischen verschiedenen Fachärzt/innen bzw. die Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen Kliniken und Abteilungen weitgehend vom Engagement einzelner Ärztinnen und Ärzte abhängt. Auch wenn der Nutzen der Zusammenarbeit weitgehend unbestritten ist, scheint es eher **wenige formalisierte Empfehlungen oder standardisierte Abläufe** zu geben, welche dies gezielt fördern (Puts et al. 2010 zur Zusammenar-

beit zwischen Onkolog/innen und Geriater/innen; Pollack et al. 2012 zur Schnittstelle zwischen Notfallmediziner/innen und Hospitalists; Pugh et al. 2015 zum Einbezug von Onkolog/innen auf der Notaufnahme). Teilweise kommt eine engere Zusammenarbeit schlicht aufgrund organisatorischer Hürden (räumliche Verteilung der beteiligten Spezialist/innen) und Zeitdruck nicht zustande (Cornwell et al. 2012).

In Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG wurde die Befürchtung geäußert, dass der Negativreiz für «case splitting» durch die gleichzeitig stattfindende Spezialisierung verstärkt werde, bzw. dass umgekehrt das DRG-System dazu führe, dass die **ganzheitliche Betrachtung** von Patient/innen zunehmend verloren gehe, weil man nur noch fokussiert behandle und jede/r sich nunmehr auf sein oder ihr Spezialgebiet konzentriere (Leu 2015, 56). Diese Befürchtungen haben sich in der Praxis zwar weit weniger stark ausgewirkt als gedacht (Fässler et al. 2015, Golder et al. 2016). Deutsche Studien zeigen aber, dass vor allem chronisch kranke oder multimorbide Patient/innen im DRG-Vergütungssystem weniger ganzheitlich versorgt werden, weil man angesichts der geltenden Tarife Abstriche bei patientenorientierten, ganzheitlichen Behandlungskonzepten machen müssen. In diesem Zusammenhang komme es etwa zur Vernachlässigung von Nebenerkrankungen, oder psychosoziale Belange würden nicht ausreichend berücksichtigt (Leu 2015, 41; Müller et al. 2011). Die Leistungsvergütung und Tarife für multimorbide Patient/innen werden auch in der Schweiz als unzureichend kritisiert (Aujesky 2015). Die WZW-Kriterien des Krankenversicherungsgesetzes seien bei Multimorbidität oft ungeprüft und wissenschaftlich kaum belegt (Battegay 2015).

Einzelne Publikationen verweisen darauf, dass negative Auswirkungen der Spezialisierung nicht nur Patient/innen betreffen können, sondern sich auch auf der **ökonomischen Ebene** zeigen. Nach Romig et al. (2010) kann die zunehmende Subspezialisierung in der Intensivmedizin eine ineffiziente Ressourcenallokation zur Folge haben – mit einer abteilungsübergreifenden Triagestelle konnte dieser Entwicklung erfolgreich entgegengewirkt und zusätzlich der Patientenfluss verbessert werden. Epstein et al. (2010) haben anhand von Diagnose- und Rechnungsdaten untersucht, wie sich Fragmentierung (operationalisiert als der Anteil spitalärztlicher Leistungen, die nicht vom hauptbehandelnden Hospitalist erbracht wird) auf die Aufenthaltsdauer auswirkt. Dabei konnten sie einen signifikanten Effekt ausweisen: je fragmentierter die Versorgung bzw. je weniger Kontinuität in der Behandlung, desto länger die Aufenthaltsdauer.

Die OECD wiederum betrachtet das jetzige Versorgungssystem **grundsätzlich als dysfunktional** (und für die adäquate Versorgung eines Grossteils der Patient/innen nicht gerüstet) weil die Kompetenzaufteilung und die Berufsgruppen den «epidemiologischen Wandel» zu multiplen, chronischen, systemisch komplexen Krankheitsbildern noch nicht vollzogen haben. Das System sei zu stark spezialisiert und zu stark fragmentiert:

Health provision is divided into numerous «single-condition» professions, which made sense when patients primarily suffered from single diseases that were treatable within the boundaries of one profession. However, a growing number of patients suffer from multi-morbidity which would lead a charge for another configuration of health professions composed of more «integrative» or generalist professions. (Ploch et al. 2011, 3)

Was allfällige Tendenzen zur «**Maximalmedizin**» betrifft, werden in den analysierten Publikationen keine spezifischen Zusammenhänge mit der zunehmenden Spezialisierung diskutiert. Die in Kap. 5.1.1 erwähnte hohe Dichte an Medizintechnik, die weitgehend unbeschränkte Verfügbarkeit modernster Geräte, Präparate sowie ausgewiesener Expert/innen (Golder et al. 2016) dürften diese Tendenzen sicher fördern. Die hohe Behandlungsfreiheit und Behandlungsqualität manifestiert sich auch im grossen Spielraum der Ärzt/innen: in der Regel könnten jeweils «sämtliche notwendigen diagnostischen Verfahren durchgeführt werden, um einen fundierten Entscheid über die Behandlungsmethode zu fällen» (ebd., 5). Die weiteren von

der SAMW (2012, 13f.) genannten Faktoren betreffen die medizinische Versorgung generell und nicht nur die spezialisierte bzw. nicht nur die stationäre Versorgung.

5.3.2 Behandlungskontinuität und Koordination der Patientenpfade

In der Schweiz wird die Gestaltung von Patientenpfaden und Schnittstellen in der Fallführung grundsätzlich positiv bewertet: Erste Ergebnisse zur Evaluation der KVG-Revision zeigen, dass Akutspitäler Massnahmen zur Weiterentwicklung von Informatiksystemen sowie zur Optimierung von Prozessen und Behandlungspfaden ergriffen haben. Bezüglich Versorgungsqualität wurden befürchtete negative Auswirkungen der Umstellung auf DRGs etwa an Schnittstellen und bei Patiententransfers nicht bestätigt (BAG 2015). Diese Einschätzung wird auch von der Ärzteschaft geteilt: Gut 75% der von Fässler et al. (2015) befragten Ärzt/innen halten die Koordination und Sequenz der Behandlungen in ihrem Spital für gut bis sehr gut. Auch in der repräsentativen Befragung von Golder et al. (2016) sind Ärzt/innen grossmehrheitlich der Meinung, die Zusammenarbeit funktioniere gut.

In der Schweizer Fachpresse werden dennoch Massnahmen zur Verbesserung der Kontinuität im Behandlungsverlauf und zur Verhinderung von fragmentierten Patientenpfaden diskutiert. Im Vordergrund stehen – wie auch in der internationalen Literatur – elektronische Krankendossiers, die Entwicklung von standardisierten Behandlungspfaden, sowie die Stärkung der multidisziplinären Zusammenarbeit, sei es in interdisziplinären Zentren oder durch institutionalisierte Austauschplattformen. Die Massnahmen bzw. Modellbeispiele dazu werden im Folgenden kurz beschrieben:

Standardisierte Behandlungspfade

In einem Pilotprojekt der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM wurde in einem Bottom-up-Prozess ein sektorenübergreifender, interdisziplinärer Behandlungspfad für Patient/innen mit Kolorektalkarzinom entwickelt (Meyer et al. 2014; www.sagm.ch >Qualitätsprojekte). Ziel ist es, Aufwand und Nutzen der Entwicklung (und späteren Implementierung) eines fach- und sektorenübergreifenden nationalen Patientenpfades zu eruieren und das Pfadschema ggf. als Basis für die Entwicklung von Behandlungspfaden für weitere Krankheitsbilder zu nutzen. Baig et al. (2010) diskutieren einen formalisierten Patientenpfad, der im Vereinigten Königreich für Personen mit Verdacht auf Lungenkrebs entwickelt wurde und vom Spitaleintritt über die multidisziplinären Fallbesprechungen für Diagnostik und Behandlungsplanung hin zur Kommunikation mit Patient/innen Abläufe, Standards und Zuständigkeiten festlegt. Nach Einschätzung der Autor/innen liesse sich dieses Modell gut auf andere Kliniken und Länder übertragen.

Multidisziplinäre Kompetenzzentren, formalisierte Zusammenarbeit

Sowohl international als auch in der Schweiz lässt sich ein Trend zum Zusammenschluss verschiedener Spezialist/innen in Kompetenzzentren feststellen. Die Zusammenarbeit in interdisziplinären Zentren mit gemeinsamen Standards und koordinierten Behandlungsentscheidungen wird dabei auch als Massnahme gesehen, um der Gefahr der Selbstzuweisung entgegenzuwirken. Diese besteht grundsätzlich bei vielen medizinischen Interventionen, angesichts zunehmender Spezialisierung sei es jedoch entscheidend, keinen «Tunnelblick» zu entwickeln, «der durchaus zu dramatischen Zunahmen bei den Eingriffszahlen und diskutablen Indikationsstellungen» führen kann (Bas 2013).

Neben Kompetenzzentren existieren zahlreiche andere Formen, wie multidisziplinäre Zusammenarbeit formalisiert und in die Ablauforganisation eingebaut werden kann. Prominentes Beispiel sind die Tumorboards, die in vielen Kliniken der Schweiz zum Standard gehören. Analog dazu wurde am Stadtspital Triemli ein Multi-Morbidity-Board entwickelt, in dem Spezialärzt/innen und Internist/innen wöchentlich aktuelle Fälle besprechen, bei denen mehrere akute Krankheiten unterschiedlicher Spezialgebiete vorliegen. Das Modell wird von den beteiligten Ärzt/innen als hilf- und lehrreich empfunden, und da die ge-

meinsamen Entscheidungen tendenziell zu weniger diagnostischen und therapeutischen Massnahmen führen, scheint denkbar, dass Behandlungspläne einfacher im Sinne der «optimalen Medizin» beschlossen werden können, wenn sie in diesem Sinne breit abgestützt sind. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass solche Boards auch zeitliche Ressourcen binden und damit in Spannung stehen mit anderen Aufgaben und Tätigkeiten, vorwiegend mit der Weiterbildung (Schmitz et al. 2012).

Ein weiteres Beispiel ist das von Luelmo et al. (2014) beschriebene interdisziplinäre Team von Rheumatolog/innen und Dermatolog/innen zur Früherkennung und Behandlung von Psoriasis-Arthritis, das mit gemeinsamen Schulungen, Standards für die Fallzuweisung und regelmässigen gemeinsamen Visiten Verbesserungen in der Diagnostik und Behandlung erreichen konnte.

Elektronische Patientenführung

Das Fehlen eines gesamtschweizerischen Systems ist laut Battegay (2015) insbesondere bei multimorbiden Patient/innen, in deren Behandlung eine Vielzahl von Leistungsanbietern involviert sind, problematisch, da sich Patient/innen selber vollkommen frei im Gesundheitssystem bewegen, während der Informationsverlust bei den beteiligten Akteuren zu Ineffizienzen führe und letztlich auch die Patientensicherheit gefährden könne. Auch in der internationalen Literatur gilt die Informationstechnologie als vielversprechende Möglichkeit, um angesichts der zahlreichen Schnittstellen in der Behandlungskette (zwischen Disziplinen und Berufsgruppen, bei Schichtwechsel) Behandlungsfehler zu vermeiden (z.B. Bernstein et al. 2010, Cornwell et al. 2012). Dazu gehört nicht nur die elektronische Krankenakte, sondern auch die Telemedizin, die v.a. zur Koordination zwischen der medizinischen Grundversorgung und Krankenhäusern mit (hoch-)spezialisierten Einrichtungen eingesetzt wird. Im Vordergrund stehen dabei Triage und Konsultationen, um unnötige Patiententransporte zu vermeiden (z.B. Labarbera et al. 2013).

In der internationalen Literatur werden auch «low-tech»-Massnahmen zur Verbesserung des Informationsflusses und der Behandlungskontinuität erwähnt, etwa Ansätze im Bereich **Kommunikationskultur** bei Übergaben und Schichtwechseln (aktives Zuhören, mehr face-to-face-Kontakt, vgl. Greenstein et al. 2013, Plochg et al. 2011) oder ein stärkerer Fokus auf **Visiten**. Soliman et al. (2013) haben in einer britischen Studie gezeigt, dass mit einer leichten Anpassung in täglichen Routinen und mehr Zeit für Visiten nicht nur die Zufriedenheit von Patient/innen und Angehörigen mit der Versorgungsqualität verbessert, sondern auch eine substanzielle Reduktion der Aufenthaltsdauer erreicht werden konnte. Andere Spitäler im Vereinigten Königreich haben ein wöchentliches Rotationssystem, wo ein Facharzt/eine Fachärztin jeweils auf der Krankenabteilung fest stationiert bleibt («consultant of the week», Cornwell et al. 2012).

Stärkung der Rolle von Generalist/innen

Ein Ansatz, um den Verlust einer «ganzheitlichen» Sichtweise auf Patient/innen und die Fragmentierung des Behandlungsverlaufs zu verhindern, sind Modelle mit Generalist/innen, die – analog zur Rolle der Hausarzt/innen im ambulanten Bereich – eine Koordinations- und Integrationsfunktion wahrnehmen, beispielsweise im Sinne einer Fallführung oder durch die Einbindung von Geriater/innen in Behandlungsteams (z.B. Notaufnahmen und Intensivstationen). Ein weiteres Beispiel ist die im Vereinigten Königreich stark wachsende Gruppe der «**acute physicians**», die während den ersten 48 bis 72 Stunden nach Spitaleintritt für Patient/innen mit akuten und/oder multiplen Erkrankungen verantwortlich sind (Diagnostik, Abklärungen, Erstbehandlungen, Triage, vgl. Wachter/Bell 2012, Bauer 2010). «Acute internal medicine» war zunächst eine Subspezialisierung in «general medicine», 2009 erfolgte die formale Anerkennung als eigenständige Spezialisierung.²⁰ Die Implementierung solcher Modelle erfordert i.d.R. eine neue Verständni-

²⁰ Vgl. Society for Acute Medicine (<http://www.acutemedicine.org.uk/>); siehe auch Royal College of Physicians (<https://www.rcplondon.ac.uk/education-practice/advice/specialty-spotlight-acute-internal-medicine-aim>).

gung über Aufgabenteilung, Kompetenzbereiche und Zusammenarbeit. Kathan-Selck et al. (2011) machen darauf aufmerksam, dass ungelöste Rollenkonflikte die intendierten Effizienzgewinne abschwächen können.

Um effiziente und im Sinne des Patientenwohls optimale Behandlungspfade zu organisieren, müssen Spitäler eine auf ihre Strukturen, ihren Fachärztemix und ihre Patientenpopulation zugeschnittene Lösung finden. Denn es sei durchaus denkbar, dass Massnahmen, die in einem Spital gut funktionieren, in anderen hinter den Erwartungen zurückbleiben (Cornwell et al. 2012).

5.3.3 Exkurs: Hospitalists

Die internationale Literaturrecherche zu Hintergründen, Ausprägungen und Auswirkungen zunehmender Spezialisierung bzw. Fragmentierung in Spitälern hat zahlreiche Publikationen zutage gefördert, in denen die seit Ende der 1990er Jahre vermehrt eingesetzten «Hospitalists» thematisiert werden, vorwiegend in den USA. Das in den USA übliche Attending- und Belegarztssystem wird zunehmend von einem Spitalarztssystem abgelöst, ähnlich der Spitalorganisation in der Schweiz. Hintergrund dafür waren v.a. personelle Engpässe infolge neuer Arbeitszeitenregelungen für Assistenzärzt/innen, aber auch der Kostendruck im stationären Sektor sowie Diskussionen um Fragmentierung und Ineffizienz.²¹ Hospitalists sind typischerweise generalistisch ausgebildet (Innere Medizin, Pädiatrie, Hausarztmedizin), werden jedoch als eigenständige Facharztgruppe verstanden, spezialisiert auf die stationäre Versorgung bzw. auf «hospital medicine».²² Aufgabe von Hospitalists ist die medizinische Basisversorgung und die Koordination mit Spezialist/innen, Pflege etc. Sie werden aber nicht nur als «Hausärzt/innen im Spital» eingesetzt, wo sie während der gesamten Dauer der Hospitalisierung die Fallführung übernehmen, sondern auch in spezialisierten Kliniken als internistische Hospitalists, z.B. in der Chirurgie (vgl. Bauer 2010, Cull et al. 2013, Cheng 2015, Sharma et al. 2010).²³ Über Dienstleistungsfunktionen hinaus sind Hospitalists auch in der Weiterbildung tätig und übernehmen teilweise auch Forschungs- und Führungsfunktionen.

Die **Effektivität** und **Versorgungsqualität** von Hospitalist-Modellen sind in zahlreichen Studien untersucht worden. Insgesamt zeigt das systematische Review von White et al. (2011), dass mit Hospitalists die Aufenthaltsdauer und die Behandlungskosten reduziert werden können, ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität.

Was die **Übertragbarkeit** entsprechender Modelle auf die Schweiz betrifft, stellen sich drei zentrale Fragen: (1) Definition und Funktion von Hospitalists: Einreihen in die Systematik der ärztlichen Weiterbildung und der Organisationsstrukturen, insbesondere im Verhältnis zu Spitalfachärzt/innen, (2) Arbeitsbedingungen und Karriereperspektiven und (3) Bedeutung für die Weiterbildung des ärztlichen und akademischen Nachwuchses. Die Erfahrungen mit der bereits vor einiger Zeit eingeführten Kategorie der Spitalfachärzte und -ärztinnen zeigen, dass diese Funktion trotz guten Arbeitsbedingungen (kein Nacht- oder Pikettdienst, 48-Stunden-Woche) als wenig attraktiv angesehen wird, vor allem aufgrund begrenzter beruflicher Perspektiven, dass die Rolle und Position von Spitalfachärzt/innen in der Praxis sehr unterschiedlich umgesetzt wird und weiterhin klärungsbedürftig bleibt.²⁴ Geklärt werden müsste auch das Verhältnis zwischen Hos-

²¹ Beispielsweise, weil niedergelassene Ärzt/innen aufgrund hohen Patientenvolumens sich nur in geringem Umfang oder zu wenig rasch um ihre hospitalisierten Patient/innen kümmern können. Ob Hospitalists dazu beitragen, Fragmentierung zu reduzieren, oder im Gegenteil die neuen Schnittstellen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor das Problem eher noch verschärft, ist indes umstritten (vgl. z.B. Wachter/Goldmann 2016, Gunderman 2016).

²² Vgl. Definitionen der US-amerikanischen Society of Hospital Medicine (SHM).

²³ Solche Modelle gibt es auch in der Schweiz (internistische Versorgung durch AIM in Spezialfächern und chirurgischen Disziplinen, die sich so besser auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können, vgl. Aujesky 2015).

²⁴ Siehe «Weniger Stress – wenig Perspektiven», NZZ Arbeitswelt, 26.11.2011: http://news.jobs.nzz.ch/2011/11/26/weniger_stress__wenig_perspektiven/.

pitalists und Assistenzärzt/innen: Wie die Diskussion um Spitalfachärzt/innen zeigt, gälte es zu vermeiden, mit neu geschaffenen Funktionen in der Spitalorganisation die Assistenzärzt/innen zu konkurrieren und damit die ärztliche Weiterbildung zu gefährden.

Vor diesem Hintergrund mag es nicht erstaunen, dass sich Hospitalist-Modelle in den USA vorwiegend in mittelgrossen Spitälern ohne Weiterbildungsangebot und in profitorientierten Spitälern etabliert haben (Sharma et al. 2010). Gleichwohl werden Hospitalists zunehmend auch in Universitätsspitälern und Teaching Hospitals eingesetzt, wo sie auch Aufgaben in der Weiterbildung übernehmen (Burgis et al. 2012, Rapson et al. 2014).

5.4 Fazit

Wechselwirkungen zwischen Karriere, ärztlicher Weiterbildung und Spitalorganisation

Die in den vorangegangenen Abschnitten skizzierten Spezialisierungstendenzen und Entwicklungen auf den drei Ebenen (1) Spitalorganisation, (2) ärztliche Weiterbildung und (c) Karrieren in der Medizin lassen sich zu folgender Situations- und Problemanalyse zusammenfassen:

- Fehlende **berufliche Entwicklungsmöglichkeiten** – Weiter- und Fortbildungen, Karriereoptionen, Forschungstätigkeit – und geringes **Prestige** von generalistischen Fächern und Berufsprofilen tragen zur Spezialisierung bei, indem Disziplinen wie die Hausarztmedizin, Geriatrie etc. trotz den ergriffenen Massnahmen zugunsten der Allgemeinmedizin weiterhin von einem beachtlichen Teil des ärztlichen Nachwuchses als Karriere- und Berufsoption ausgeschlossen werden. **Forschung** und die **universitäre Verantwortung** eines Fachgebiets sind wesentliche Entwicklungsmotoren nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern auch für das Gewicht und die Sichtbarkeit einer Disziplin innerhalb der Versorgungslandschaft. Dies gilt sowohl für die (Sub-)Spezialisierung als auch für generalistische oder interdisziplinäre Gebiete, denen eine Schlüsselrolle in der Versorgung einer zunehmend älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patientenpopulation zugeschrieben wird. Auch im Bereich Forschung und Lehre spielt die Ressourcenallokation (Hochschulfinanzierung, öffentliche und private Drittmittel) demnach eine zentrale Rolle in der Gestaltung des Verhältnisses zwischen Spezialist/innen und Generalist/innen.
- Die **Spitalorganisation** ist in den letzten Jahren nicht nur von zunehmender Spezialisierung, sondern vor allem durch die Reduktion der **Präsenzzeiten** von Ärzt/innen in Weiterbildung sowie durch den allgemeinen Fachkräftemangel geprägt worden. Den veränderten Bedürfnissen und Karrierevorstellungen des ärztlichen Nachwuchses (Work-Life-Balance, Teilzeittätigkeit) wird zunehmend nachgekommen, wobei es grosse Unterschiede nach Fachbereich gibt.
- Spitäler stehen seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung unter einem verschärften **Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck**. Angesichts der bestehenden Anreizstrukturen ist ein Fokus auf spezialisierte Leistungen eine Möglichkeit, sich im umkämpften Markt zu positionieren. Dies ist einer der Gründe für Überkapazitäten und Mengenausweitung in der Spitallandschaft, ein anderer Grund ist die Mehrfachrolle der Kantone, die neben der Kostenbeteiligung bei KVG-pflichtigen Spitalleistungen und teilweise dem (Mit-)Besitz von Spitälern auch für die Spitalplanung zuständig sind.

Handlungsbedarf und Lösungsansätze

Konkreter Handlungsbedarf und in der Literatur genannte Lösungsansätze richten sich vorwiegend auf die **komplementäre Ergänzung von Spezialist/innen und Generalist/innen** auf der Ebene des Versorgungssystems, der Spitallandschaft, in einzelnen Spitälern und Kliniken, in einzelnen Disziplinen und in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte:

■ Die kantonale, idealerweise interkantonal **koordinierte Spitalplanung** sollte dafür sorgen, dass die Spitalkapazitäten dem Bedarf entsprechen und dass von konkurrierenden Spitälern ein hinsichtlich Spezialisierung und geografischer Positionierung aufeinander abgestimmtes komplementäres Angebot bereitgestellt wird (vgl. CS 2013, 39f.).

■ Zahlreiche Autor/innen erachten eine **Stärkung der Rolle von Generalist/innen** für notwendig: im Versorgungssystem insgesamt (Förderung der Hausarztmedizin; Attraktivität generalistischer Fachgebiete verbessern in Bezug auf Forschungstätigkeit, Arbeitsbedingungen, Salär), in der Spitalorganisation (ganzheitliche Sichtweise auf Patient/innen, Kontinuität im Behandlungspfad, klinische Karrieremöglichkeiten für Generalist/innen²⁵) und im Fachärztemix (Steuerung und Planung des Fachärztemixes auf Ebene regionaler Netzwerke: Modellvorschlag für Neuseeland in Atmore 2015).

■ Ein weiterer Ansatzpunkt wird darin gesehen, innerhalb einzelner Disziplinen und Fachkliniken die **Balance** zwischen dem **gesamten Fachbereich** und den (sub-)spezialisierten Teilgebieten zu fördern und zu erhalten. Insbesondere für Spezialist/innen, die Assistenzärzt/innen weiterbilden, sei es wichtig, klinische Routine im angestammten Fachgebiet aufrechtzuerhalten und auch Fälle behandeln zu können, die nicht in ihr Spezialgebiet fallen. Dazu gibt es verschiedene Modelle, z.B. dass Spezialist/innen während mehrerer Wochen pro Jahr die Verantwortung für die ganze Bandbreite an Fällen in ihrem Fachgebiet übernehmen, oder gemischte Teams aus Fachärzt/innen mit und ohne Subspezialisierung (Bassetti/Hughes 2014).

■ In der Literatur werden ausserdem spezifische **Anpassungsvorschläge für die ärztliche Weiterbildung** gemacht: Weiterbildungsprogramme flexibler gestalten und weniger auf die spitalärztliche Versorgung ausrichten (Buddeberg-Fischer/Stamm 2010, Shannon et al. 2013); gesamtschweizerische Planung und Koordination der Weiterbildungsstellen in Spezialgebieten (Buddeberg-Fischer/Stamm 2010); Anreize für die Weiterbildung zu Hausärzt/innen oder Internist/innen schaffen (ebd; Atmore 2015); Unterstützung in der Karriereplanung, damit sich der ärztliche Nachwuchs frühzeitig auf eine akademische oder klinische Karriere oder Praxistätigkeit ausrichtet und sich die Weiterbildung nicht unnötig verlängert (im CHUV wurden dazu spezifische Weiterbildungstracks geschaffen, vgl. ASMAV 2012); Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit bzw. entsprechende Skills bereits in der Aus- und Weiterbildung verankern (Plochg et al. 2011).

Verschiedene Publikationen befassen sich mit Spezialisierung im Kontext der Gesamtconfiguration des Versorgungssystems. Sie erachten angesichts der demografischen und epidemiologischen Herausforderungen **grundsätzliche strukturelle Anpassungen** für notwendig. Das jetzige Gesundheitswesen sei zu stark ärztezentriert und nach medizinischen Spezialgebieten strukturiert, Aus- und Weiterbildungen sowie Tarife und Leistungsvergütungen seien auf die Behandlung von Einzelerkrankungen bzw. auf einzelne Behandlungsschritte abgestimmt. Die Antworten auf die wachsende Bedeutung chronischer und multipler Erkrankungen werden hingegen in einem patientenzentrierten Versorgungssystem gesehen, das sektoren-, disziplin- und berufsübergreifend nach Krankheitsbildern bzw. gesamten Behandlungszyklen organisiert ist und dies im Tarifsystem entsprechend abgebildet wird. Spitäler hätten sich traditionell als Zentren der medizinischen Expertise und der technologisch-wissenschaftlichen Fortschritte entwickelt und würden daher eine dominante Position im Gesundheitswesen einnehmen. Es stelle sich jedoch die Frage, inwiefern diese Konzentration auf Spitäler auch künftig noch zweckmässig sei. Investitionen in die Spital-Infrastruktur seien daher sorgfältig zu überdenken, um für die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle genügend Flexibilität zu bewahren (Plochg et al. 2011, Teisberg 2008).

²⁵ Diese Massnahme mag auch für die Sichtbarkeit und Positionierung der Hausarztmedizin bedeutsam sein. Die in St. Gallen neu geschaffene Stelle eines Leitenden Arztes Hausarztmedizin und dessen Einbindung in den Klinikalltag (z.B. Visitenbegleitung) scheint sich zu bewähren (Häuptle et al. 2010).

6 Ergebnisse der Expertengespräche

Zur Vertiefung einzelner Fragestellungen und um Erkenntnislücken zur Situation in der Schweiz zu füllen, wurden ergänzend zur Literatur- und Dokumentenanalyse insgesamt 20 leitfadengestützte Gespräche durchgeführt. Befragt wurden Vertreterinnen und Vertreter aus Universitäts-, Zentrums- und Regionalspitälern sowie weitere Akteure, die im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und in der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle spielen. Die befragten Expertinnen und Experten sind in Anhang 9.2 tabellarisch aufgeführt. Im Bericht werden ihre Aussagen in anonymisierter Form wiedergegeben.

Die nachfolgende Darstellung der Resultate der Expertengespräche gliedert sich wie folgt:

- Erscheinungsformen und Entwicklungen der Spezialisierung auf den Ebenen Spitalorganisation, Fakultäten und ärztlicher Weiterbildung
- Prozesse der Spezialisierung: (a) Abläufe und Wechselwirkungen, (b) Treiber, Motive und Akteure
- Risiken und allfällige negative Folgen der Spezialisierung
- Mögliche Lösungs- und Steuerungsansätze

Die den Expert/innen vorgelegten Fragestellungen werden jeweils zu Beginn der betreffenden Abschnitte in kursiver Schrift aufgeführt.

6.1 Felder und Erscheinungsformen der Spezialisierung

6.1.1 Spitalorganisation

Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Spitalorganisation/-struktur in den letzten Jahren hinsichtlich Spezialisierung verändert? Woran lässt sich eine allfällige zunehmende Spezialisierung erkennen?

Unterscheidet sich die Situation je nach (a) Versorgungsauftrag, (b) Standort, (c) Grösse, (d) Trägerschaft eines Spitals? Wie zeigt sich dies?

Sämtliche befragten Expert/innen beobachten eine starke Zunahme der Spezialisierung in der Spitalorganisation. Sichtbar wird die Spezialisierung an einer Zunahme von Kliniken, von Fachabteilungen oder Teams und neuen Hierarchieebenen in den Spitälern. Spezialisierte Teams können sich dabei durchaus auch «unterhalb der Organigramme» ausbilden. Unsicherheit besteht bei der Positionierung der interdisziplinären Zentren. Für einen Grossteil der Befragten handelt es sich tendenziell um eine Gegenbewegung mit integrierender Ausrichtung, für eine Minderheit nur um eine besondere Form der Spezialisierung.

Einig sind sich die Expert/innen darüber, dass es grosse Unterschiede je nach Spitaltyp gibt. Besonders stark finden sich Spezialisierungstendenzen bei den Universitätsspitälern und anderen Spitälern mit breiter Forschungstätigkeit. Weniger betroffen sind kleine Spitäler. Hier hat im Zuge der Spitalreorganisationen in den letzten Jahren eher ein Rückbau stattgefunden, indem kleinere Spitäler ihre früher bestehende Diversifizierung (Chirurgie, Innere Medizin, Geburtenabteilung etc.) aufgegeben haben, in grössere Verbunde integriert (z.B. als Geriatrie-Standort) oder auch ganz geschlossen wurden. In einem besonderen Spannungsfeld stehen die mittelgrossen Spitäler, welche bestrebt sind, im Konkurrenzkampf mit den grösseren Spitälern mitzuhalten und Spezialisierungen anzubieten, deren Aufbau oft ein unternehmerisches Risiko mit sich bringt (Geräte, Patientenzahlen etc.). In einer speziellen Situation befinden z.T. die Privatspitäler, die teilweise auf einem sehr engen (chirurgischen) Gebiet möglichst hohe Patientenzahlen anstreben.

6.1.2 Fakultäten

Wie haben sich aus Ihrer Sicht die Akademie bzw. medizinischen Fakultäten in den letzten Jahren hinsichtlich Spezialisierung verändert? Woran lässt sich eine allfällige zunehmende Spezialisierung messen?

Auf der Ebene der Fakultäten zeigt sich der Trend zur Spezialisierung darin, dass für neue Fächer und Subspezialisierungen zusätzliche Professuren geschaffen werden. In einem Gespräch wird allerdings darauf aufmerksam gemacht, dass das spezifische Merkmal der akademischen Spezialisierung weniger in der blossen Zunahme von Professuren liege, als vielmehr im Verhältnis von Forschungsprofessuren und klinischen Professuren. Dabei wird festgestellt, dass vor allem die Zahl der kliniknahen Forschungsprofessuren überdurchschnittlich stark gestiegen ist. In Gebieten wie der translationalen Medizin oder dem Tissue Engineering zeige sich, dass es zunehmend «Relaisstationen» zwischen der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung brauche bzw. Professuren, die sich genau mit dem Übergang zwischen Grundlagenforschung und klinischer Forschung auseinandersetzen.

Nach Einschätzung des betreffenden Experten birgt diese Entwicklung eine grosse Herausforderung für die Fakultäten in sich, weil sie das Verhältnis von Forschung und Lehre berührt. Werden die Forschungsprofessuren weiter ausgebaut, so stellt sich für die Fakultäten die Frage, ob weiterhin für alle Fachgebiete an der Einheit von Forschung und Lehre festgehalten werden kann, oder ob aus Kostengründen Schwerpunkte gesetzt werden müssen. Letzteres würde bedeuten, dass es gewisse Fachgebiete geben würde, in denen – wenn überhaupt – nur noch in sehr begrenztem Umfang Forschung betrieben und der Fokus stark auf der Lehre liegen würde.

6.1.3 Ärztliche Weiterbildung

Wie hat sich aus Ihrer Sicht die ärztliche Weiterbildung resp. deren Organisation/Ausgestaltung in den letzten Jahren hinsichtlich Spezialisierung verändert? Woran lässt sich eine allfällige zunehmende Spezialisierung messen?

Bei der ärztlichen Weiterbildung in ihrer Ausdifferenzierung in Weiterbildungstitel (Facharztstitel, Schwerpunkt, Fähigkeitsausweis) handelt es sich um diejenige Erscheinungsform der Spezialisierung, die am deutlichsten sichtbar und zahlenmässig zu erfassen ist. Das «Fragmentierungspotenzial» unterscheidet sich je nach Art des Titels: Am grössten ist es bei den Facharzttiteln, weil mit der Schaffung eines entsprechenden Titels spezifische Leistungen definiert werden, die nur noch über diesen Titel abgerechnet werden können. Die Einführung eines neuen Facharzttitels bedeutet deshalb stets auch eine Abgrenzung gegenüber anderen Fachgebieten. In der Spitalorganisation kann dies – formell oder informell – zu einer Zergliederung von Behandlungsstrukturen und -prozessen führen. Am geringsten ist das «Fragmentierungspotenzial» bei den Fähigkeitsausweisen, die gemeinhin sämtlichen Fachrichtungen offenstehen. Dazwischen befinden sich die Schwerpunkte (Teilfachgebiete), deren Erwerb den jeweiligen Facharzttitelträger/innen vorbehalten ist. Das Instrument der interdisziplinären Schwerpunkte eröffnet zudem die Möglichkeit, Fragmentierungsrisiken aufzufangen, weil diese Schwerpunkte von Ärzt/innen unterschiedlicher Fachgebiete erworben werden können.

Die Entwicklung und das Ausmass der Spezialisierung in der ärztlichen Weiterbildung sind abhängig von der Perspektive: Das Angebot an Weiterbildungstiteln zeigt die Möglichkeiten zur Spezialisierung. Davon zu unterscheiden ist die tatsächliche Spezialisierung der Workforce – also die Frage, für welche Weiterbildungstitel sich die Ärzt/innen konkret entscheiden und welcher Fachärztemix dabei entsteht. Der Bericht des SIWF zeigt, dass die Zahl der Facharztstitel in den letzten Jahren verhältnismässig stabil geblieben ist, während man bei den Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen eine steigende Tendenz feststellt (SIWF 2016). Auch in der Workforce lassen sich Tendenzen zu einer Spezialisierung feststellen: Das gilt sowohl für das Verhältnis von Ärzt/innen mit einem spezialisierten und einem allgemeinen Facharztstitel (vgl. das Beispiel der Chirurgie in Abschnitt 4.2) wie auch den Anteil an Facharzt/innen mit einer Schwerpunktausbildung (vgl. das Beispiel der Pädiatrie in Abschnitt 4.2).

Mehrfach angesprochen wird in den Expertengesprächen das heikle Verhältnis von allgemeinen Weiterbildungsinhalten und faktischer Weiterbildungsdauer. Die Integration von Spezialisierungen in einen bestehenden Facharztztitel führt tendenziell zu einer Verlängerung der Weiterbildungsdauer. Weil sich diese in den meisten Fachgebieten ohnehin schon am oberen Limit bewegt, werden teilweise die allgemeinen Weiterbildungsinhalte gekürzt. Diese Entwicklung wird von mehreren Expert/innen als problematisch eingestuft, doch sind kaum einfache Lösungen in Sicht. Faktisch besteht ein Spannungsverhältnis zwischen den drei Anliegen, eine zu starke Ausdifferenzierung der Weiterbildungstitel zu verhindern, ausreichende generalistische Fähigkeiten zu vermitteln und die Weiterbildungsdauer in einem angemessenen Rahmen zu halten.

6.2 Prozesse der Spezialisierung und ihre Akteure

6.2.1 Abläufe und Wechselwirkungen

Falls Sie Kenntnisse haben über in den letzten Jahren...

(a) neu entstandene Strukturen wie z.B. Kliniken, Teilkliniken, Schaffung von Stellen leitender Ärzte etc.

(b) neu entstandene Professuren oder Institute an der medizinischen Fakultät

(c) neu entstandene Facharztztitel, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise (haben Anträge zugenommen?)

... können Sie kurz schildern, wie ein Entstehungsprozess konkret abläuft (Initiative, Agenda Setting, Verhandlungen, Finanzierung etc.)?

Neu entstandene Strukturen auf Ebene Spitalorganisation

Ein typischer Entstehungsprozess einer neuen Ausdifferenzierung im Spital wurde von den befragten Expert/innen wie folgt geschildert: Häufig geht die Initiative (Agenda Setting) von den Fachbereichen und Ärzt/innen aus, teilweise aber auch von der Spitaldirektion. Als Beispiel wurde ein Ausbau der Rhythmologie als Spezialgebiet der Kardiologie geschildert, wo sich ein Spital überlegte, ob es elektrophysiologische Untersuchungen oder Interventionen wie Ablationen zukünftig selber anbieten und eine entsprechende Expertise aufbauen oder weiterhin die jährlich rund 100 betroffenen Patient/innen an ein anderes Spital überweisen will. Ein solcher Entscheid wird systematisch vorbereitet, indem der betreffende Fachbereich als erstes den Bedarf definieren und ein Mengengerüst entwickeln muss. Er hat aufzuzeigen, dass ein Ausbau medizinisch notwendig und sinnvoll ist und dass er sich auch betriebswirtschaftlich rechnet. Im erläuterten Beispiel suchte das Projektteam den Kontakt zu einem Spital mit vergleichbarer Grösse in einer anderen Region der Schweiz, das den betreffenden Eingriff bereits anbot, und erhielt so Vergleichszahlen. Die gesammelten Erkenntnisse wurden im institutionalisierten Projektboard, in welchem die Spitalleitung, Ärzt/innen, Pflegende und Betriebswirtschaftler/innen vertreten sind, diskutiert. Hält das Projektboard das Projekt für erfolgsversprechend und betriebswirtschaftlich tragbar, dann wird es in einem weiteren Schritt detaillierter ausgearbeitet und der Geschäftsleitung zum Entscheid vorgelegt.

Neu entstandene Professuren oder Institute an der medizinischen Fakultät

Medizinische Fakultäten verfügen heute typischerweise über Entwicklungs- und Strukturpläne, welche die mittelfristige Entwicklung der Fakultät (ca. nächste fünf Jahre) festlegen. Dazu gehören auch die inhaltliche Ausrichtung und Ausstattung der Lehrstühle. Wie verbindlich diese Pläne in der Praxis sind, wird in den Expertengesprächen unterschiedlich beurteilt. Während sie in der Sicht der einen Expert/innen zumindest einen wichtigen Referenzrahmen bilden, dominiert für andere Expert/innen die Erfahrung, dass die Pläne nach der ersten «Ausnahmeregelung» stark an Autorität verlieren.

Die Universitäten und Fakultäten verfügen über klar definierte Strukturen und Prozesse, die bei der Schaffung oder Neubesetzung von Professuren zum Tragen kommen. Entsprechende Entscheidungen der Fa-

kultäten müssen in der Regel von der Universitätsleitung bestätigt bzw. freigegeben werden. Bei der Schaffung von neuen Professuren ist zudem faktisch eine Verständigung zwischen Fakultät und Universitätsspital notwendig, weil letzteres typischerweise ein gewisses Mass an Infrastruktur zur Verfügung stellen muss. Ein enger Austausch zwischen Fakultät und Universitätsspital ist gewährleistet, wenn Vertreter/innen der beiden Institutionen Einsitz in Gremien der jeweils anderen Institution haben – in Basel beispielsweise hat der Dekan der Medizinischen Fakultät in der Spitalleitung Einsitz und der Spitaldirektor im Fakultätsausschuss. Die eigentlichen Entscheidungs- und Abstimmungsprozesse zwischen Universitätsspital und Fakultät sind aber nicht formell geregelt, eine Ausnahme bildet das CHUV in Lausanne (siehe vorne, Kap. 5.2.1).

Auf informeller Ebene können unterschiedliche Akteure die Schaffung einer Professur in einer neuen Spezialisierung anregen. In den Gesprächen genannt werden strategisch denkende Mitglieder des Ärztekaders, einzelne Chefärzt/innen oder klinische Einheiten und Teams. Die Fachgesellschaften können solche Vorstösse unterstützen oder selbständig anregen. Gerade bei neuen Professuren können auch Akteure aus der Wirtschaft (z.B. Pharmaindustrie) oder Stiftungen eine wichtige Rolle spielen, indem sie die Schaffung eines neuen Lehrstuhls anregen und in Aussicht stellen, dessen Finanzierung zumindest teilweise zu übernehmen. In einem Gespräch werden zusätzlich Selbsthilfeorganisationen als mögliche Träger von Stiftungsprofessuren genannt.

Neu entstandene Facharzttitle, Schwerpunkte oder Fähigkeitsausweise

Zwingende Voraussetzung für einen Weiterbildungstitel ist die vorgängige Bildung einer gesamtschweizerischen Fachgesellschaft, welche einen entsprechenden Antrag stellt und die Organisation der neu zu schaffenden Weiterbildung übernimmt. Kommt eine Fachgesellschaft auf das SIWF zu, so kann es sich zunächst um informelle Gespräche handeln, bei welchen auch geprüft wird, auf welchem Niveau ein Weiterbildungstitel sinnvollerweise angestrebt werden kann (Facharzttitle, Schwerpunkt, Fähigkeitsausweis). Liegt ein formeller Antrag vor, so holt das SIWF die Stellungnahmen aller «Schnittstellen-Institutionen» ein, die von der Schaffung eines neuen Weiterbildungstitels betroffen wären.

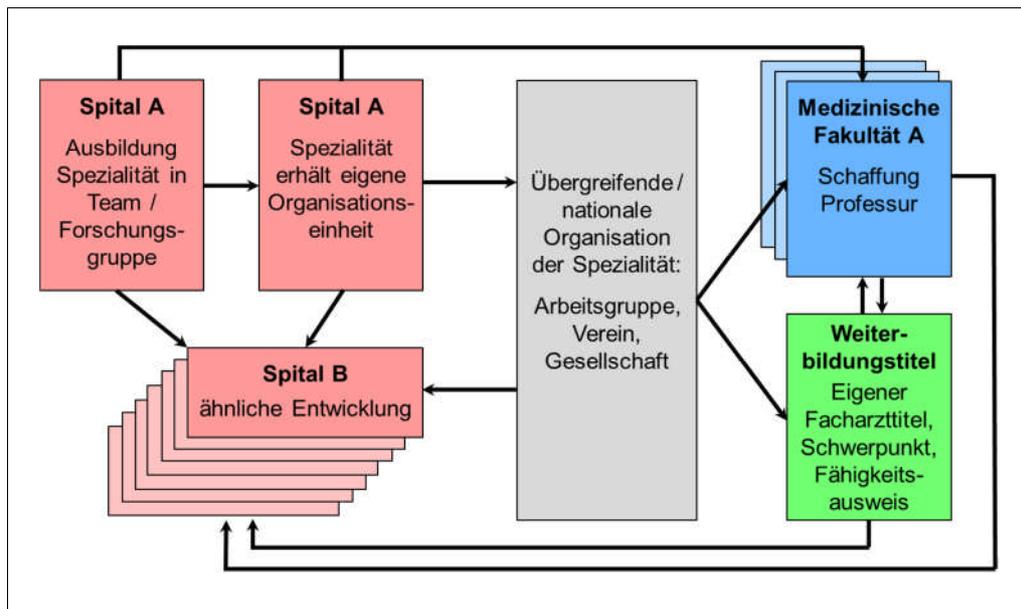
Einzelne Expert/innen haben den Eindruck gewonnen, das SIWF habe in den vergangenen Jahren signalisiert, dass man ein Ausufer der Weiterbildungstitel verhindern wolle und die Anträge entsprechend kritisch prüfe. Ein Experte vermutet, dass die Zahl der Weiterbildungstitel andernfalls viel stärker angestiegen wäre. Gemäss dem SIWF haben die Anträge in den letzten Jahren allerdings nicht zugenommen. Statistische Aussagen lassen sich dazu nicht treffen, weil die Zahl der jährlichen Anträge sehr gering ist und weil der informelle Charakter erster Kontakte und Gespräche mit Fachgesellschaften keine genaue Terminierung der Anträge erlaubt. Auch bei der Überführung von Schwerpunkten in Facharzttitle handle es sich nach Einschätzung des SIWF um Einzelfälle, eine breite Entwicklung in diese Richtung wird nicht erwartet.

Schematischer Ablauf: Spezialisierung und Spitalorganisation

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Expertengespräche ist in der nachfolgenden **Abbildung 5** schematisch dargestellt, wie ein typischer Prozess der Spezialisierung abläuft und welche Wirkungen dadurch auf den verschiedenen Systemebenen entstehen.

Ausgangspunkt ist in der Regel eine **«informelle» Spezialisierung**, die sich in einem Forschungsteam oder einer klinischen Einheit eines Spitals herausbildet – häufig an einem Universitätsspital oder einem grossen Spital mit breiter Forschungstätigkeit. Eine erste Stufe der Institutionalisierung ist erreicht, wenn sich diese Spezialisierung auch im Organigramm des betreffenden Spitals widerspiegelt und zu einer **eigenständigen Organisationseinheit** wird. Diese Entwicklungen können an anderen Spitalern ebenfalls aufgenommen werden.

Abbildung 5: Schematischer Ablauf: Spezialisierung und Spitalorganisation und (Wechsel)Wirkungen



Quelle: Expertengespräche (n=20), eigene Darstellung

Parallel dazu organisieren sich die Ärzt/innen, welche in dieser Spezialisierung tätig sind, in **institutionenübergreifenden Gremien**. Dies können zunächst relativ informelle Arbeitsgruppen sein, später Vereine und Fachgesellschaften. Die nationale Organisation der Spezialisierung bildet die Voraussetzung, um die Spezialisierung im Gefüge der **Weiterbildungstitel** abzubilden. Auf diese Weise soll die Qualität der Leistungserbringung gesichert werden; gleichzeitig können dabei auch Motive der Fachgesellschaft eine Rolle spielen, der Spezialisierung zu Sichtbarkeit zu verhelfen und sie allenfalls von anderen Spezialisierungen abzugrenzen (vgl. zu den Treibern und Motiven der Spezialisierung Abschnitt 6.2.2).

Die **Schaffung einer Professur** im betreffenden Spezialgebiet kann über unterschiedliche Kanäle vorangetrieben werden. Es ist möglich, dass sich dieser Prozess hauptsächlich am Universitätsspital und der Fakultät abspielt, an der sich die Spezialisierung ursprünglich ausbildete. Der Prozess kann jedoch auch komplexer verlaufen, indem beispielsweise die vorgängige Schaffung eines Facharzttitels mitentscheidend für die Einrichtung einer Professur im entsprechenden Fachgebiet ist. Und selbst wenn die Schaffung einer Professur hauptsächlich an einem Standort stattfindet, strahlt sie faktisch darüber hinaus und wird deshalb mehr als nur die «Akteure vor Ort» involvieren. Eine wichtige Rolle spielen die Fachgesellschaften, für die entsprechende Entscheidungen einen Präzedenzcharakter haben können.

Ganz zentral ist die Feststellung, dass der beschriebene Prozess nicht nach einem einheitlichen Schema abläuft, sondern viele Variationen möglich sind und es insbesondere zu **zahlreichen Wechselwirkungen** kommt. Dies signalisieren die Pfeilführungen in Abbildung 5. Insbesondere die Schaffung eines neuen Facharzttitels oder eines Schwerpunkts kann grosse Auswirkungen auf die Spitalorganisation haben, weil die Spitäler bemüht sind, ihre Kompetenz in diesem Gebiet auszuweisen und entsprechende Organisationseinheiten zu schaffen, die nach aussen gut sichtbar sind.

Wechselwirkungen zwischen den Ebenen

Bisher haben wir die drei Bereiche/Ebenen Spitalorganisation, medizinische Karrieren bzw. Fakultät und ärztliche Weiterbildung getrennt behandelt. Wenn wir nun das Zusammenspiel der drei Bereiche betrachten: In welchem Ausmass sehen Sie Wechselwirkungen, die zu einer zunehmenden Spezialisierung und ggf. Fragmentierung führen?

Werden die verschiedenen Wechselwirkungen zwischen den betrachteten Systemebenen Spitalorganisation, Fakultäten und ärztliche Weiterbildung einer genaueren Analyse unterzogen, so zeigt sich, dass es im Grunde nur **zwei Wechselwirkungen** gibt, die insofern **zwingender Natur** sind, als Veränderungen im einen System zwingend auch Veränderungen im anderen System erfordern. Diese zwingenden Abhängigkeiten bestehen zwischen:

■ **Universitätsspitalern und Fakultäten:** Die Schaffung eines neuen Lehrstuhls erfordert eine ausreichende Infrastruktur am Universitätsspital. Faktisch kann das Universitätsspital damit eine Art Vetorecht ausüben, sollte es mit den Plänen der Fakultät überhaupt nicht einverstanden sein. Konkrete Beispiele für die Ausübung eines solchen Vetorechts wurden in den Expertengesprächen allerdings nicht genannt. Auch wäre die Folgerung unzutreffend, dass die Universitätsspitaler in Spezialisierungsprozessen generell zurückhaltender sind als Fakultäten. In mehreren Gesprächen wird allerdings darauf hingewiesen, dass sich die Interessen der Fakultäten und Universitätsspitaler durchaus unterscheiden können: Während erstere hauptsächlich von Forschungsinteressen getrieben sind, spielten wirtschaftliche Überlegungen bei zweiteren eine grössere Rolle.

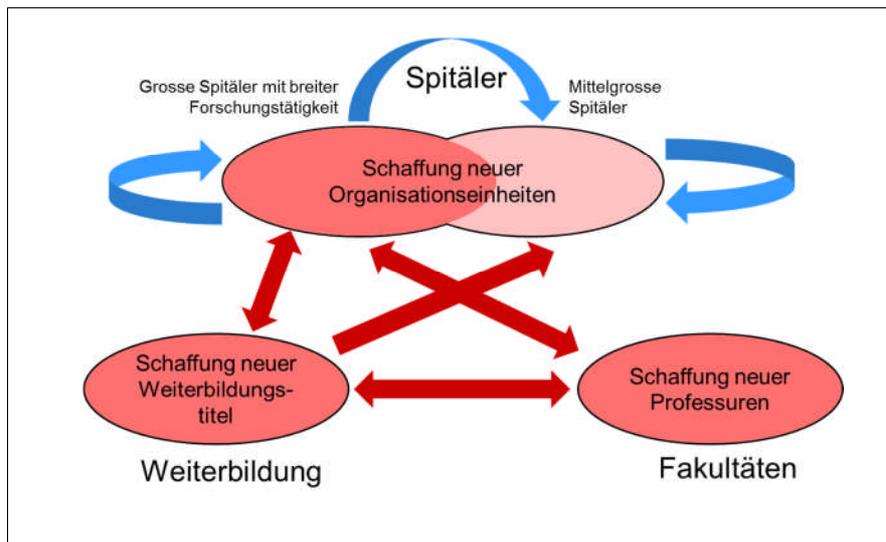
■ **Facharzttiteln und der Organisation grosser Spitäler:** (Neue) Facharzttitel müssen «Weiterbildungsstätten-kompatibel» sein. Dies bedeutet, dass Kliniken und Fachabteilungen entsprechend ausgestattet sein müssen, um weiterzubilden zu können. Vor allem Vertreter/innen von Universitätsspitalern machen darauf aufmerksam, dass sie in ihren Abteilungen nach wie vor einen bestimmten Anteil von «Basics» behandeln, um ihren Weiterbildungsauftrag erfüllen zu können – auch wenn dies unter Umständen ihren Spezialisierungsinteressen zuwiderläuft. Umgekehrt stellt sich die Aufgabe, dass die Weiterbildungsprogramme den Veränderungen an den Weiterbildungsstätten angemessen Rechnung tragen. Teilweise besteht dabei die Herausforderung, dass die medizintechnische Entwicklung schneller voranschreitet, als die Programme aktualisiert werden können und die Vorgaben zur Häufigkeit von Eingriffen zunehmend praxisfern sind. Es handelt sich somit um eine wechselseitige Anhängigkeit. Streng genommen ist die Abhängigkeit zwischen Weiterbildungsprogrammen und Spitalorganisation nicht ganz zwingend, weil die Spitäler darauf verzichten können, angehende Facharzt/innen weiterzubilden. Allerdings: Würden sich die grossen Spitäler dafür entscheiden, so würde das System der ärztlichen Weiterbildung aus den Angeln gehoben.

Die weiteren Wechselwirkungen zwischen den Systemebenen sind häufig zu beobachten, besitzen aber **nicht zwingenden Charakter** – wie in mehreren Expertengesprächen hervorgehoben wird. Dies gilt beispielsweise für das Verhältnis von **Weiterbildungstiteln und Fakultätsstrukturen:** Die Schaffung eines neuen Facharzttitels kann von den Fakultäten als Aufforderung empfunden werden, im entsprechenden Fachgebiet Professuren einzurichten. Umgekehrt können Fachgesellschaften eine Professur als Argument vorbringen, um die Forderung nach einem Facharzttitel zu begründen. In keinem der beiden Fälle handelt es sich aber um zwingende Abhängigkeiten. Die medizinischen Fakultäten müssen nicht notwendig die gesamte Bandbreite an Facharzttiteln und Schwerpunkten abbilden – und ebenso gibt es zahlreiche Lehrstühle, denen «weiterbildungsseitig» ein entsprechender Titel fehlt.

In **Abbildung 6** stellen die **roten Pfeile** diese – zwingenden und weniger zwingenden – Wechselwirkungen zwischen den drei Systemebenen grafisch dar. Sie spielen faktisch fast in jede Richtung. Neben dem bereits erwähnten Verhältnis von Weiterbildung und Fakultätsstrukturen wurden in den Expertengesprächen insbesondere die folgenden Wechselwirkungen erwähnt:

■ **Spitäler und Weiterbildungstitel:** Die Einrichtung einer neuen Organisationseinheit in einem grösseren Spital kann die Forderung nach einem entsprechenden Weiterbildungstitel untermauern – im Gegenzug lösen neue Weiterbildungstitel erfahrungsgemäss Strukturveränderungen an Spitalern aus, die ihre Kompetenz im entsprechenden Gebiet hervorkehren möchten.

Abbildung 6: Wechselwirkungen zwischen den drei betrachteten Ebenen



Quelle: Expertengespräche (n=20), eigene Darstellung

■ **Fakultäten und Spitäler:** Wie bereits erwähnt, erfordert die Einrichtung einer neuen Professur in der Regel, dass das Universitätsspital den Entscheid der Universität soweit mitträgt, als es die erforderliche Infrastruktur zur Verfügung stellt. Umgekehrt können die Universitätsspitäler ein starkes Interesse an einer neuen Professur haben, wenn diese entscheidend dafür ist, einen herausragenden Arzt oder eine herausragende Ärztin an das Universitätsspital zu holen oder einen Abgang an ein anderes Spital zu verhindern.

Massgebend für das Ausmass der Spezialisierung sind aber nicht allein die Wechselwirkungen zwischen den Systemebenen. Vor allem auf Ebene der Spitäler ist entscheidend, dass diese eine Vielzahl von Einheiten umfasst, die sich ihrerseits wechselseitig beeinflussen. Dies drücken die **blauen Pfeile** aus. In den Expertengesprächen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass sich Spitäler im Wettbewerb um Patient/innen zu profilieren versuchen, in dem sie eine hohe Kompetenz in gewissen Spezialgebieten ausweisen. Mehrere Expert/innen beurteilen diese Tendenzen skeptisch und nehmen teilweise Widersprüche zum Versorgungsauftrag der betreffenden Spitäler wahr. Auch werden vereinzelt Zweifel geäussert, ob solche «Spezialisierungsentscheidungen» betriebswirtschaftlich gut fundiert seien oder ob in Einzelfällen nicht das Prinzip Hoffnung ausschlaggebend sei, mit der Anstellung eines «Starmediziners» oder einer «Starmedizinerin» den Bekanntheitsgrad und das Einzugsgebiet markant zu vergrössern.

Ergänzend ist anzumerken, dass im Hintergrund **weitere Ebenen** wirksam sind, wie beispielsweise die Politik. Bei den Spitälern wären etwa auch Privatspitäler oder auch kleinere Spitäler zu erwähnen, die sich im Vergleich zu andern Betrieben weniger an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen, was sich wiederum wechselseitig auf die anderen Spitäler und die ärztliche Weiterbildung auswirkt.

6.2.2 Treiber, Motive und Akteure

Welche Akteure sind an den Entstehungs- resp. Entscheidungsprozessen massgeblich beteiligt bzgl.: Spitalorganisation; Medizinische Fakultäten; Ärztliche Weiterbildung? Wer entscheidet letztlich, ob eine weitere Ausdifferenzierung/(Sub-)Spezialisierung des Systems erfolgen soll oder nicht?

Akteure, Motive und Wirkungsebenen

Entsprechend den Aussagen der befragten Expert/innen lassen sich die in **Tabelle 4** aufgeführten Akteure, Treiber und Motive und deren Bezüge zu den drei Wirkungsebenen (Spitalorganisation, Fakultäten und ärztliche Weiterbildung) schematisch festhalten.

Tabelle 4: Treiber und Motive der Spezialisierung

Akteure (CH)	Treiber und Motive	Systemebene			Individ. Karrieren
		Spitä- ler	Fakul- täten	Ärztl. Wei- terbildung	
---	Fortschritt in der medizinischen Forschung	X	X	X	
---	Fortschritt in der Medizinaltechnik	X	X	X	
---	Entwicklung internationale Fachgesellschaften		X	X	
Zahlreiche	Qualitätssicherung	X		X	
Fachgesellschaften	Privilegierte Marktposition einer Spezialität			X	
Fachgesellschaften	Prestige und Sichtbarkeit einer Spezialität			X	
Spitäler	Konkurrenz der Spitäler um exzellente Ärzt/innen	X			
Spitäler	Konkurrenz der Spitäler um Patient/innen	X			
Patient/innen, Medien	Ansprüche und Erwartungen der Patient/innen	X			
Pharma, Stiftungen	Drittmittel	X	X		
---	Publikationsimpact als akad. Exzellenzkriterium		X		X
Zahlreiche; Einzelne Ärzt/innen	Tarifsystem / Verdienstmöglichkeiten	X			X
Einzelne Ärzt/innen	Persönliche Profilierungsmöglichkeiten (peers)				X
Einzelne Ärzt/innen	«Beherrschbarkeit» eines Fachgebiets	X			X
Einzelne Ärzt/innen	Lebensqualität, Vereinbarkeit Beruf/Familie	X			X
Bund, Kantone	Zulassungsstopp				(X)

Quelle: Expertengespräche (n=20), eigene Darstellung

Die individuellen ärztlichen Karrieren entwickeln sich auf allen drei betrachteten Systemebenen und werden so zumindest indirekt von den dortigen Ausprägungen der Spezialisierungstendenz tangiert.

Treiber und Motive: Welche dominieren?

Die aufgeführten Treiber und Motive der Spezialisierung wurden in vielen Expertengesprächen genannt, deren Gewichtung und Einschätzungen ist dabei jedoch z.T. sehr verschiedenen vorgenommen worden. Mit gewissen Zuspitzungen lassen sich drei **Positionen** unterscheiden:

- «Stetige Entwicklung zum Besseren»: Hier wird der medizinische und technische Fortschritt als Antreiber der Spezialisierung gesehen, eine «Offizialisierung» in Form von Weiterbildungstiteln dient dabei der Qualitätssicherung
- «Geld und Machtdenken regieren»: Spezialisierung wird hier vorwiegend als Ergebnis von ökonomischen Interessen und «Machtstreben» der Fachgesellschaften, der Chefärzt/innen und der Spitäler wahrgenommen.
- «Sowohl als auch»: Der medizinisch-technische Fortschritt wird als primärer Antreiber wahrgenommen, die Qualitätssicherung als notwendige Folge. Daneben werden auch Faktoren wie Machtdenken und unangemessene monetäre Eigeninteressen anerkannt, welche mitspielen und ein ernst zu nehmendes «Störpotenzial» darstellen.

Die meisten der interviewten Expert/innen neigen der dritten Position zu; die beiden «Extrempositionen» werden in dieser dezidierten Form nur von einer Minderheit der Expert/innen verfochten.

Spezifische Einflussfaktoren

Einige Fragestellungen der Studie betrafen den Einfluss spezifischer Einflussfaktoren. Entsprechend wurden die befragten Expert/innen direkt um ihre diesbezüglichen Einschätzungen gefragt.

■ **Spitalfinanzierung:** Der Grossteil der Expert/innen war der Meinung, dass die Spitalfinanzierung einen Einfluss auf Spezialisierungstendenzen hat. Die Aufnahme neuer Verfahren oder Behandlungen in den Leistungskatalog befördere in der Regel einen Ausbau bzw. Aufbau entsprechender Strukturen. Gleichzeitig gilt es zu bedenken, dass entsprechende Anpassungen in der Spitalorganisation kostenintensiv sind, nicht zuletzt aufgrund der Auflagen, die erfüllt sein müssen, um eine Leistung abrechnen zu können (mehrfach erwähnt wurden Vorhalteleistungen durch 24-h-Präsenz von Spezialist/innen, Weiterbildungspflichten, Zertifizierungsstandards). Diese Kodierungsrichtlinien werden von einzelnen Expert/innen als entscheidender Einflussfaktor auf die Spitalorganisation gesehen. Dabei würden Änderungsanträge der CHOP-Codes durch Fachgesellschaften und Spitäler²⁶ auch zur «Marktabstimmung» genutzt. Vor diesem Hintergrund werden die hohen Investitionskosten auch als Faktor gesehen, der die Fragmentierung der Spitalstrukturen bremst. Ferner wurde darauf aufmerksam gemacht, dass SwissDRG – im Vergleich zu G-DRG – keine Leistungen für «Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden» (NUB) kennt, sodass Spitäler Innovationen während einiger Jahre selber finanzieren müssen.

Aus mehreren Expertengesprächen geht hervor, dass Spitäler Spezialisierung als längerfristige Investition sehen und während einer Anfangsphase gewillt sind, Defizite zu tragen, bis man sich im Markt entsprechend positioniert und die Fallzahlen hoch genug sind, um die Leistung rentabel anbieten zu können. Diesbezüglich scheinen insbesondere Zentrumsspitäler unter einem gewissen Druck zu stehen, bei der Spezialisierung mitzuhalten. Dazu kommt, dass aufgrund der Preispolitik (die Ausgestaltung der Tarife bevorzugt derzeit Spezialist/innen) tendenziell spezialisierte Leistungen gefördert werden. Kleinere und mittelgrosse Spitäler hätten aufgrund dieser Entwicklung zunehmend Mühe, für Patient/innen und Fachkräfte attraktiv zu bleiben.

Einzelne Expert/innen meinen, das betriebswirtschaftliche Controlling auf Ebene einzelner Kliniken und Abteilungen befördere die Fragmentierung der Spitalorganisation und könne sich auf den Patientenpfad nachteilig auswirken:

«Man sagt mir zum Beispiel, im letzten Jahr hattest du 10% weniger Patienten, was ist los? Damit suggeriert man mir, das nächste Mal sollten es ein bisschen mehr sein. Wenn ich dann vor dem Entscheid stehe, ob ich jemanden in die Chirurgie verlege oder nicht, dann sage ich unter diesen Voraussetzungen, den behalte ich lieber bei mir.»

Demgegenüber wurde der positive Effekt von Massnahmen genannt, welche das Leistungsgeschehen einzelner Ärzt/innen und Kliniken in übergeordnete Strukturen einordnen und eine Kultur des Zusammenarbeitens auf Ebene Gesamtspital pflegen, z.B. mit flexiblen Bettenzuteilungen oder der Zusammenlegung von Boni.

■ **Anliegen der Ärzteschaft:** Dass Work-Life-Balance, Möglichkeit zur Teilzeittätigkeit und gute Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren bedeutende Faktoren der Weiterbildungs- und Karrierewahl geworden sind (vgl. Abschnitt 5.2.2), bestätigen auch die befragten Expert/innen. Allerdings besteht keine Einigkeit darüber, in welchen Settings (Spital, eigene Praxis, Gruppenpraxis) sich solche Anliegen am besten verwirklichen lassen, und ob die (Sub-) Spezialisierung diesbezüglich Vorteile birgt (kleineres, überschaubares Fachgebiet, weniger Gesamtverantwortung) oder nicht im Gegenteil ein höheres zeitliches Engagement erfordert. Dies dürfte je nach Fachgebiet unterschiedlich sein.

Aus Sicht der Spitalorganisation (und hier insbesondere die Ablauforganisation und die Aufrechterhaltung des Dienstleistungsbetriebs) scheint sich die zunehmende Spezialisierung vor allem in Kombination mit Faktoren wie Teilzeittätigkeit, Arbeitsgesetz und der erhöhten administrativen Belastung erschwerend

²⁶ Die Zusammenstellung des BFS zum Antragsverfahren 2015 kann eingesehen werden unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/nomenklaturen/blank/blank/codage/08.html> (Stand Oktober 2016).

auszuwirken. Die Dienstplanung mit Absenzen- und Stellvertreter-Regelungen etc. sei oft kompliziert, da die Spezialeinheiten teilweise recht klein seien.

In den Expertengesprächen wurde auch auf ein weiteres Anliegen der Ärzt/innen aufmerksam gemacht, welches die Spitalorganisation wesentlich beeinflusse: Der Wunsch, Spezialkenntnisse mit Titeln zu versehen und eine eigene Organisationseinheit zu haben. Die Korrelation von medizinischem Fortschritt und Spezialisierung mit formalisierten Titeln und Spitalstrukturen sei massgeblich an den festgestellten Spezialisierungstendenzen beteiligt.

■ **Rolle der Hochschulfinanzierung:** Die befragten Expert/innen verwiesen auf die Bedeutung von Drittmitteln für die Entstehung neuer Professuren und Kliniken/Abteilungen. Diese Anschubfinanzierung ermögliche den Aufbau neuer Forschungsbereiche, die sich so zu etablieren vermögen. Dabei spielten insbesondere private Drittmittel eine Rolle (etwa Stiftungsprofessuren), während öffentliche Forschungsgelder eher für spezifische Forschungsprojekte vergeben würden. Das Akquirieren von Drittmitteln ist ausserdem mit Prestige verbunden, nicht nur für Fach- und Forschungsgebiete, sondern auch für die Universitäten (Ranking). Auf die Spezialisierungstendenz scheint sich dies insofern auszuwirken, als Forschungsgelder und Drittmittel sehr unterschiedlich auf Fachgebiete verteilt sind, prestigeträchtige Disziplinen wie Kardiologie oder Onkologie würden grosszügig mit Mitteln bedacht, während weniger prominente Fachbereiche und Fragestellungen (z.B. Versorgungsforschung, Interprofessionalität) ins Hintertreffen gerieten.

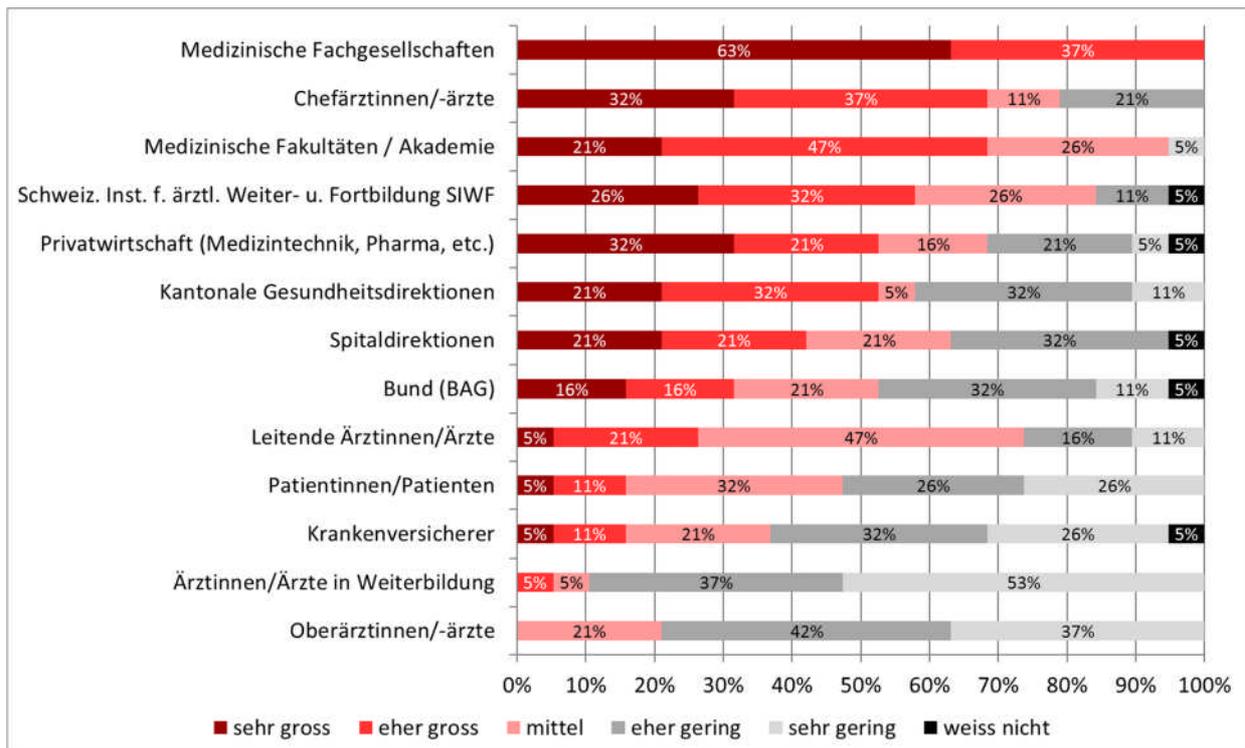
■ **Zulassungsstopp:** Der Zulassungsstopp hatte nach Einschätzung der befragten Expert/innen keinen Einfluss auf die Spezialisierungstendenz. Entscheidend sei vielmehr die gleichzeitig eingeführte Arbeitszeitenregelung gewesen, die zu einem erhöhten Personalbedarf in den Spitälern geführt habe. Ausserdem hätten sich Karrieremuster ohnehin verändert, die Eröffnung einer eigenen Praxis (ob als Grundversorger/in oder als Spezialist/in) sei nicht mehr der selbstverständliche Weg. Einzelne Expert/innen führen dies auch auf eine gewisse Verunsicherung zurück, da die gesundheitspolitischen Signale teilweise ambivalent seien – man bleibe im Zweifelsfall lieber im Spital, wo die Verhältnisse klar seien.

Akteure und ihre Bedeutung

Wenn wir nachfolgend verschiedene mögliche involvierte Akteure betrachten: Wie gewichten Sie deren jeweilige Bedeutung in Zusammenhang mit der zunehmenden Spezialisierung in der stationären Versorgung?

Während in den bisherigen Fragen vor allem die Systemebene interessierte und die Treiber und Motive, die hinter der Spezialisierung stehen, wurden die Expert/innen des Weiteren im Rahmen einer standardisierten Frage darum gebeten, einer Liste von konkreten Akteuren ein jeweiliges Bedeutungsgewicht (Skala von «sehr gering» bis «sehr gross») beizumessen. **Abbildung 7** zeigt das Ergebnis der Einschätzungen, wobei die Akteure entsprechend dem zugeschriebenen Gewicht «sehr gross/eher gross» in eine Rangreihenfolge gebracht worden sind. Aus der Abbildung geht hervor, dass die befragten Expert/innen generell den Medizinischen Fachgesellschaften das grösste Gewicht bei der zunehmenden Spezialisierung zuschreiben. Je nach Fachgebiet kann dabei die Bedeutung variieren, jedoch gehen die Expert/innen davon aus, dass sich erste «Projektteams» zur Schaffung einer (Sub)Spezialisierung in Fachgesellschaften ausbilden oder sich auch fachübergreifende Gremien formieren (z.B. Notfallmedizin). Am zweitgrössten wird der Einfluss der Chefärzt/innen und der medizinischen Fakultäten eingeschätzt. An vierter und fünfter Stelle folgen das SIWF, das für die Reglementierung der Weiterbildungstitel resp. der Weiterbildung zuständig ist, und die Privatwirtschaft.

Abbildung 7: Einschätzung der Bedeutung der verschiedenen Akteure auf die zunehmende Spezialisierung



Quelle: Expertengespräche (n=19, Missings=1; aus Zeitgründen konnte 1 Pers. die Frage nicht beantworten), eigene Darstellung

Es fällt auf, dass die Bedeutung bei den nachfolgenden Akteuren, Kantonale Gesundheitsdirektionen, Spitaldirektionen, Bund, von den befragten Expert/innen unterschiedlich beurteilt wird. Der eine Teil der Expert/innen misst ihnen ein grosses Gewicht zu, der andere ein geringes. Besonders auffällig ist dies bei der Einschätzung der kantonalen Gesundheitsdirektionen. Einige Expert/innen erklärten hier ergänzend, dass diese Akteure zwar einen grossen Einfluss haben könnten (und auch ausüben sollten), diesen aber nicht oder zu wenig wahrnehmen. Die Krankenversicherer wurden in einer eher «nachgelagerten» Position gesehen. Sie würden letztlich die Vorgaben umsetzen bzw. Spezialistenleistungen entschädigen, nachdem Politik und Gesundheitsbehörden dies bestimmt hätten. Im Vergleich am wenigsten Bedeutung bzgl. Spezialisierung in der stationären Versorgung haben die befragten Expert/innen den Assistenz- und Oberärzt/innen beigemessen.

Weitere von einzelnen Expert/innen ergänzte, auf der Liste nicht aufgeführte Akteure waren: die konkreten Vertreter/Verfechter der betreffenden neuen Disziplinen; Kantonale Bildungsdirektionen bzgl. Fakultäten/Professuren; Privatkliniken; Medien.

6.3 Risiken und negative Folgen der Spezialisierung

Kritische Aspekte oder Nachteile

Sehen Sie neben den unbestrittenen Vorteilen der zunehmenden Spezialisierung auch kritische Aspekte oder Nachteile für die Patientinnen und Patienten?

Wie in der Ausgangslage in Kapitel 1 erwähnt, wurden in der vorliegenden Studie neben den Mechanismen, die zu einer zunehmenden Spezialisierung in der Humanmedizin führen, mögliche Risiken und negative Folgen untersucht, die mit dieser Entwicklung einhergehen können. Der von der Spezialisierung generierte Nutzen ist nicht Gegenstand der Studie. Die Vorteile der Spezialisierung wurden natürlich von den befragten Expert/innen ebenfalls erwähnt.

«Man könnte auch die Frage stellen, wie viel Schaden dadurch entsteht, dass einer, der meint, er könne es, den Patienten nicht zum Spezialisten schickt. Den Vorteil der Spezialisierung sollte man nicht zu gering veranschlagen.»

Verschiedene Expert/innen verweisen darauf, dass allfällige negative Folgen der Spezialisierung vor allem **bestimmte Patientengruppen** betreffen:

«Man muss das differenziert sehen [...] Es kommt darauf an, in welcher Situation man sich befindet. Oft ist für den Patienten einfach nur von Vorteil, dass er jemandem begegnet, der in diesem Gebiet speziell kompetent ist. Die Herausforderungen stellen sich bei komplexeren und schwierigeren Krankheitsbildern. Also immer dann, wenn man zunächst bestimmen muss, welches von mehreren Problemen das wichtigste ist und worunter der Patient am meisten leidet. [...] Ich sehe das Problem der schweren Fälle und der Polymorbiditäten, aber wahrscheinlich überwiegen die Vorteile für die meisten Patienten, wenn derjenige, der sie behandelt, in seinem Gebiet hochkompetent ist.»

«Es ist keine neue Entwicklung, dass die Behandlung der Patient/innen sehr arbeitsteilig erfolgt. Das muss per se nicht problematisch sein – schwierig ist es selbstverständlich für multimorbide Patient/innen, wobei die Risiken für diese Gruppe vor allem aus demografischen Gründen ansteigen und nicht aufgrund zunehmender Spezialisierung.»

«La spécialisation, c'est une bonne chose, mais qui pose des problèmes importants pour le système de santé en Suisse. Cela est problématique en particulier pour les polyblessés. Avant, on avait le médecin généraliste qui recevait le patient et qui définissait les priorités. Ces personnes polyvalentes n'existant plus, le patient arrive aux urgences, on va appeler les différents spécialistes et il n'y a plus de coordination générale.»

Daneben gab es auch Voten, welche die zunehmende Spezialisierung unabhängig der Patientengruppe mit einem **Verlust der Gesamtsicht** und der Gesamtverantwortung in Verbindung bringen:

«Das Hauptrisiko ist eine Indikationsstellung und/oder Behandlung, die nicht mehr vom besten im Gesamtsystem vorhandenen Wissen profitiert. Sondern der Spezialist beurteilt etwas aus seiner Brille, nach bestem Wissen und Gewissen, und sieht das gesamte Bild nicht mehr.»

«Aujourd'hui, à la place d'un chirurgien responsable, on se retrouve avec deux ou trois médecins : il y a donc une multiplication des responsables dans les hôpitaux, parce qu'une seule personne ne peut plus couvrir l'ensemble du domaine. Il y a donc une tendance dans les hôpitaux à ne plus avoir de vision globale. C'est le morcellement des prises en charge. Le risque majeur c'est qu'il n'y ait plus de chef d'orchestre qui ait une vue d'ensemble [...] Cela conduit aussi à une multiplication des interventions (cela oblige le patient à voir plusieurs acteurs, qui ne sont pas forcément coordonnés entre eux). Ce qui implique également des coûts supplémentaires.»

«Sie werden heute nicht mehr als Ganzer betreut, sondern Sie werden von Spezialist zu Spezialist gewiesen. Der Spezialist kann immer seinen Teil machen, das ist immer machbar. [...] Das ist das Riesenproblem. [...] Ich würde sagen: Wir haben momentan mehr Nachteile wegen der Spezialisierung als Vorteile. Dazu kommt noch der ökonomische Druck der Spitaldirektion, die zum Beispiel sagt, nächstes Jahr wären wir froh, wenn wir in der Thoraxchirurgie zehn Prozent mehr machen würden.»

Zusammenfassend wurden folgende Risiken und kritischen Aspekte von nahezu sämtlichen Expert/innen hervorgehoben:

- Verlust der Gesamtsicht auf den Patienten/die Patientin respektive auf die Behandlung
- Fehlende Definition der Fallführung, Gefahr von Schnittstellenfehlern, mangelnde Patientenzentrierung

- Fehlende Koordination, Gefahr der Doppelspurigkeiten und Zerstückelungen in der Behandlung
- Multiplikation der Verantwortungsträger bzw. fehlende Verantwortungsübernahme

Konkrete Beispiele

Sind Ihnen Beispiele bekannt, in denen die Komplexität der Spitalorganisation und (Sub)Spezialisierungen zu stark aufgegliederten Behandlungsverläufen oder Fehlversorgung geführt hat?

Sämtlichen befragten Expert/innen aus der Spitalpraxis waren bestimmte Beispiele bekannt, in denen Spezialisierungen zu Nachteilen für Patient/innen geführt hatten. Die berichteten Beispiele liessen sich in folgende Gruppen zusammenfassen:

- Lange Wartezeiten bei relativ einfacher Diagnostik (Bsp. Brustknoten), ausgelöst durch den Gang zu mehreren Instanzen/Spezialisten mit ihren jeweils eigenen eingeschränkten Gebieten.
- Ursachen werden spät erkannt, weil niemand zu Beginn eine ganzheitliche Betrachtung vorgenommen hat (Bsp. Rückenschmerzen)
- Verunsicherung von Patient/innen durch gegensätzliche Spezialistenmeinungen
- «Nebenschauplätze» in Notfallsituationen werden von Spezialisten zu stark gewichtet (Bsp. Kleine Blutung an Niere bei Patienten mit Polytrauma).

Tendenz zu Maximalmedizin

Inwiefern könnten (Sub-)Spezialisierungen und der medizinische Fortschritt eine Tendenz zur Maximalmedizin fördern? Kennen Sie Beispiele?

Viele Expert/innen nannten Beispiele, bei denen die Spezialisierung zu einer Überversorgung führen kann. Dabei wurden häufig **grundlegende Anreizprobleme** im Bereich der Gesundheitsversorgung tangiert, die nicht alleine mit der zunehmenden Spezialisierung zusammenhängen. Nachfolgend ausgewählte Zitate:

«De facto passiert das Gegenteil einer Koordination: Jede Klinik wird für sich bewertet und man hört z.B.: «Eure Zahlen sind zurückgegangen.» Das führt dazu, dass jeder sagt, im Zweifelsfall hospitalisieren wir den Patienten in unserer Klinik. Er hat zwar hauptsächlich ein chirurgisches Problem, aber sei's drum. – Das ist nicht zum Nutzen des Patienten.»

«Es muss nicht mal der eigene Lohn sein, aber wenn Sie eine gewisse Anzahl Fälle brauchen, damit ihr Institut erhalten bleibt, kann ich mir schon vorstellen, dass man die Indikationen überzieht.»

«Ein Beispiel ist das Spital [X] und die invasive Kardiologie, die dort angeboten wird. Dann kam das Spital [Y] hinzu, das dieselben Eingriffe ebenfalls anbot. Dies hatte aber nicht zur Folge, dass die Anzahl Eingriffe am Spital [X] zurückging, sondern sie stieg eher noch an. Danach kam noch das Spital [Z] hinzu, aber wiederum gab es keinen Einbruch. Da kann man sich schon fragen, ob die Spezialisierung nicht einfach eine Mengenausweitung zur Folge hat.»

«Je besser ein Patient versichert ist, desto «gefährlicher» wird es für ihn. Denn bei einem gut zahlenden privatversicherten Patienten die Grenze zu finden und zu sagen: Ja, hier ist ein Halt – das ist eine moralisch, ethische Verantwortung die wir als Ärzte haben. Einen gewissen Grundskrupel sollte man behalten.»

«Man müsste differenzieren und abwägen können: Welche Eingriffe und Behandlungen sind vor allem aus medizinischer Sicht «interessant»? Welche sind für mich als Patient/in notwendig und empfehlenswert? Es fehlen neutrale Entscheidungshilfen.»

Zusammenfassend wurden folgende Risiken genannt, die zu einer «Maximalmedizin» führen können:

- Konkurrenz um Fallzahlen in einer bestimmten Spezialisierung (aber auch zwischen Kliniken innerhalb von Spitälern), was dazu führt, dass Patient/innen teilweise unnötig und nicht unbedingt nach Hauptproblem hospitalisiert werden; Patient/innen werden «behalten, bis man mit einem Organ fertig ist».
- Überangebot resp. Überversorgung insbesondere bei privat- und zusatzversicherten Patient/innen und bei elektiven Eingriffen. Hierzu bestehen empirische Evidenzen (vgl. Hudec 2016). Die Indikationsspanne wird überzogen, um notwendige Fallzahlen zu erreichen.
- Viele spezialisierte Leistungen sind heute selbstverständlich und ohne grosse Wartezeiten zugänglich. Hohe Gesundheitskosten ergeben sich vor allem am Lebensende. Hier kann es für Spezialist/innen im Vergleich zu Generalist/innen schwieriger sein zu sagen «Stopp, das machen wir nicht mehr».
- Für Spezialist/innen kann es im Vergleich zu Generalist/innen eine grössere Herausforderung sein, Patientenwünsche abzulehnen: Der/die Spezialist/in wird häufig als «letzte Hoffnung» wahrgenommen. In jedem Spezialgebiet haben die Möglichkeiten dank medizinischem Fortschritt zugenommen. Bei bestimmten Eingriffen kann es sich auch um eine Absicherung gegen Schuldzuweisung handeln.
- Für Patient/innen fehlen z.T. eine neutrale Wissensvermittlung und Entscheidungshilfen.

6.4 Mögliche Lösungs- und Steuerungsansätze

Am Ende der Befragung wurden die Expert/innen um eine Einschätzung gebeten, wo und wie man hinsichtlich negativer Folgen einer zunehmenden Spezialisierung und gegebenenfalls Fragmentierung lenkend eingreifen könnte. Der Fragestellung der Studie entsprechend wurde der Fokus auf die Spitalorganisation gelegt. Daneben wurde jedoch auch gefragt, welche Massnahmen die andere Akteure ergreifen könnten.

Ebene Spitalorganisation

Welche Massnahmen müssten oder könnten Spitäler ergreifen, um einer allfälligen Fragmentierung, die sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken kann, entgegenzuwirken und eine optimale Behandlungsqualität (z.B. für ältere Patient/innen mit multiplen/chronischen Erkrankungen) zu erreichen?

Die von den befragten Expert/innen eingebrachten Massnahmen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Klare Organisation der Instanzen und Wege, wie Patient/innen im Spital versorgt werden. Die Kernfrage für die Strukturierung von Patientenpfaden lautet dabei: Wie kann das System dafür sorgen, dass die Versorgung möglichst einfach und patientenzentriert erfolgt?
- Schaffen gemeinsam genutzter Strukturen, Zusammenzug kleiner spezialisierter Einheiten in grössere Medizinbereiche (z.B. Diagnostik), flexible Bettenzuteilung und Zusammenlegen der Erträge/Boni, um unerwünschte Konkurrenz der Kliniken um Betten, Fallzahlen und Patient/innen zu vermeiden.
- Schaffen von übergreifenden Einheiten, interdisziplinären, an Organen orientierten Zentren (mit gemeinsamen, nicht nach Disziplin getrennten Budgets); Einrichten von interdisziplinären «Boards» (wobei zu erwähnen ist, dass die Boards ihrerseits auch spezialisiert sein können und zusätzlich in den regulären Klinikbetrieb eingebaut werden müssen).
- Etablierung von Ethikforen und die vertiefte Auseinandersetzung damit, inwiefern das medizinisch Machbare für Patient/innen im Einzelfall sinnvoll ist.
- Stärkung der Attraktivität der Allgemeinen Inneren Medizin im Spital («Hausarzt im Spital») in Bezug auf das Aufgabenspektrum; Aufwertung von Querschnittsfunktionen und Spitalfacharzt-/Hospitalist-Stellen (auch auf Kaderarztebene miteinbeziehen).

Andere Akteure

Welche Massnahmen müssten oder könnten andere Akteure ergreifen, um einer allfälligen Fragmentierung, die sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken kann, entgegenzuwirken und eine optimale Behandlungsqualität zu erreichen?

Zusammenfassend gingen aus den Expertengesprächen folgende Ansätze hervor:

- Stärkung der Attraktivität/Aufwertung der Allgemeinen Inneren Medizin bei den Krankenkassen resp. den Tarifstrukturen, DRGs
- In der Akademie wie auch im Spitalbereich sollten auch in «generalistischen» Fächern bzw. Themen Karriere- und Forschungsperspektiven eröffnet werden
- Politik der Förderung attraktiver Arbeitsbedingungen in der ambulanten Grundversorgung (z.B. gemeindeeigene Infrastrukturen für Praxis zur Verfügung stellen, Förderung von Gruppenpraxen)
- Stärkere Steuerung der Spezialisierung durch die Kantone über Spitallisten und Leistungsverträge (Konzentration und Koordination auf Ebene Spitallandschaft), stärkere Kontrolle der Einhaltung von Leistungsverträgen (inkl. Sanktionierung). Allerdings befinden sich die Kantone als Spitalbetreiber teilweise in einem Rollenkonflikt
- Stärkung des «Generalism» in den Weiterbildungscurricula der Spezialisten, zumindest zu Beginn der Weiterbildung, Förderung interdisziplinärerer Schwerpunkte
- Gezielte Forschungsförderung, beispielsweise auch durch den Nationalfonds, in «generalistisch» ausgeprägter Forschung (z.B. zu Themen wie Multimorbidität, Interprofessionalität etc.)
- Förderung des elektronischen Patientendossiers, damit Übersicht über Patient/innen verbessert und Doppelspurigkeiten in der Diagnostik oder Behandlung etc. besser erkannt werden.

Insgesamt zielen die angeregten Massnahmen einerseits auf eine Förderung des «Generalistentums» und der Interdisziplinarität, andererseits auf eine grössere Wahrnehmung von Steuerungsmöglichkeiten durch bestimmte Akteure (SIWF, Kantone, Bund). Anzumerken ist, dass Vorschläge jeweils auch Vor- und Nachteile haben können. Beispielsweise kann eine Stärkung des «Generalism» in der Weiterbildung zu einer (unerwünschten) Verlängerung der gesamten Weiterbildungszeit der Ärzt/innen führen.

6.5 Fazit

- Sämtliche befragten Expert/innen aus der Spitalpraxis beobachten eine starke **Zunahme der Spezialisierung in der Spitalorganisation**. Sichtbar wird dies an einer Zunahme von Kliniken, von Fachabteilungen oder Teams in den Spitälern. Unsicherheit besteht bei der Positionierung der interdisziplinären Zentren. Für einen Grossteil der Befragten handelt es sich um eine Gegenbewegung mit integrativer Ausrichtung, für eine Minderheit um eine besondere Form der Spezialisierung.
- Einig sind sich die Expert/innen darüber, dass es **grosse Unterschiede nach Spitaltyp** gibt. Besonders ausgeprägt sind Spezialisierungstendenzen bei den Universitätsspitälern und anderen Spitälern mit breiter Forschungstätigkeit. Weniger betroffen sind kleine Spitäler, wo im Zuge von Spitalreorganisationen in den letzten Jahren eher ein Rückbau stattgefunden hat. Im Spannungsfeld stehen mittelgrosse Spitäler, die bestrebt sind, bei spezialisierten Leistungen im Konkurrenzkampf mit grösseren Spitälern mitzuhalten.
- Auf der Ebene der **Fakultäten** zeigt sich der Trend zur Spezialisierung vorwiegend an der stetig steigenden Zahl der ordentlichen und ausserordentlichen Professuren. Insbesondere stellen die befragten Expert/innen eine Zunahme der Forschungsprofessuren im Verhältnis zu klinischen Professuren fest.
- Bei der **ärztlichen Weiterbildung** in ihrer Ausdifferenzierung in Weiterbildungstitel (Facharzttitel, Schwerpunkt, Fähigkeitsausweis) handelt es sich grundsätzlich um die wichtigste sichtbare Erscheinungsform der Spezialisierung. Das «Fragmentierungspotenzial» unterscheidet sich je nach Art des Titels: Am

grössten ist es bei den Facharzttiteln, am geringsten bei den Fähigkeitsausweisen. Dazwischen befinden sich die Schwerpunkte.

■ Was die **Wechselwirkungen** zwischen den betrachteten Systemebenen Spitalorganisation, Fakultäten und ärztliche Weiterbildung betrifft, erweisen sich die Beziehung zwischen (a) Universitätsspitalern und Fakultäten und (b) zwischen Facharzttiteln und der Organisation grosser Spitäler als besonders eng: Die Schaffung eines neuen Lehrstuhls erfordert eine ausreichende Infrastruktur am Universitätsspital; (neue) Facharzttitel müssen «Weiterbildungsstätten-kompatibel» sein. Die weiteren Wechselwirkungen zwischen den Systemebenen sind häufig zu beobachten, besitzen aber nicht zwingenden Charakter. Dies betrifft etwa das Verhältnis von Weiterbildungstiteln und Fakultätsstrukturen, Spitalern und Weiterbildungstiteln, sowie Spitalern und Fakultäten.

■ Bezüglich der dominierenden **Treiber und Motive** der Spezialisierung sieht eine Mehrheit der befragten Expert/innen den medizinisch-technischen Fortschritt als primären Antreiber der Spezialisierung, die ihrerseits Massnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. in Form neuer Weiterbildungstitel) erfordert. Während einzelne Stimmen damit eine stetige positive Weiterentwicklung des Versorgungssystems verbinden, werden gemeinhin auch Faktoren wie Machtdenken und unangemessene monetäre Eigeninteressen erwähnt, welche mitspielen und ein ernst zu nehmendes «Störpotenzial» darstellen. Vereinzelt wird Spezialisierung hauptsächlich als Ergebnis ökonomischer Interessen und «Machtstreben» der Fachgesellschaften, der Chefärzt/innen und der Spitäler wahrgenommen.

■ Aus der **Einschätzung des Gewichts einzelner Akteure** in Bezug auf die zunehmende Spezialisierung ging hervor, dass generell den Medizinischen Fachgesellschaften das grösste Gewicht beigemessen wird. Am zweitgrössten wird der Einfluss der Chefärzt/innen und der medizinischen Fakultäten eingeschätzt. Was den Einfluss der kantonalen Gesundheitsdirektionen, der Spitaldirektionen und des Bundes betrifft, ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Ein Teil der Expert/innen misst ihnen ein grosses Gewicht zu, ein anderer ein geringes. Letzteres mag damit zusammenhängen, dass diese Akteure gemäss einzelnen Expert/innen zwar einen grossen Einfluss haben könnten, diesen aber nicht bzw. zu wenig wahrnehmen.

■ Als mögliche Risiken und **kritische Aspekte der Spezialisierung** sehen die Expert/innen den Verlust der Gesamtsicht auf den Patienten/die Patientin, mangelnde Patientenzentrierung, die fehlende Definition der Fallführung bei gleichzeitiger Multiplikation der Verantwortungsträger, fehlende Koordination, die Gefahr von Schnittstellenfehlern, Doppelspurigkeiten und Zerstückelung in der Behandlung. Ein besonderes Risiko haben Patient/innen mit mehrfachen Erkrankungen oder Polytrauma. Weiter wurden verschiedene Faktoren aufgeführt, die zu einer «**Maximalmedizin**» führen können, u.a: Konkurrenz um Fallzahlen, Überangebot resp. Überversorgung insbes. bei privat- und zusatzversicherten Patient/innen und elektiven Eingriffen, grosse Herausforderung auf Behandlungen zu verzichten und Patientenwünsche abzulehnen.

■ Die befragten Expert/innen sehen verschiedenen **Massnahmen**, um den erwähnten Risiken und negativen Folgen zu begegnen: Auf der **Spitalebene** gehören dazu u.a. die klare Organisation der Instanzen und Wege, wie Patient/innen im Spital/System versorgt werden, Schaffen gemeinsam genutzter Strukturen, Zusammenschluss kleiner spezialisierter Einheiten in grössere Medizinbereiche, flexible Bettenzuteilung, breite Verteilung der Boni, Zusammenlegen der Erträge, um unerwünschte Konkurrenz der Kliniken um Fallzahlen zu dämpfen, Schaffen von interdisziplinären, an Organen orientierten Zentren, Einrichten von interdisziplinären «Boards», Stärkung der Attraktivität/Aufwertung der AIM im Spital («Hausarzt im Spital»), Aufwertung von Querschnittsfunktionen, Miteinbezug von Spitalärzt/innen auf Kaderarzteebene.

■ Massnahmen **anderer Akteure** betreffen etwa die Aufwertung der AIM durch Krankenkassen resp. Tarifstrukturen/DRGs, die Eröffnung von Karriere- und Forschungsperspektiven auch in «generalistischen» Fächern, die Förderung attraktiver Arbeitsbedingungen in der ambulanten Grundversorgung, eine stärkere Steuerung der Spezialisierung durch Kantone über Spitalisten und Leistungsverträge, Stärkung des «Generalism» in den Weiterbildungscurricula der Spezialisten, Förderung des elektronischen Patientendossiers.

7 Schlussbemerkungen

Eine zunehmende Spezialisierung lässt sich anhand verschiedener Datenquellen nachzeichnen (Organigramme und Jahresberichte der Spitäler, FMH-Ärzttestatistik, WB-Statistik), sie bildet sich aber auch «neben» oder «unterhalb» verfügbarer Statistiken und formeller Spitalstrukturen aus. Auf Ebene der **Spitalorganisation** stehen Spezialisierungstendenzen in Wechselwirkung mit weiteren Faktoren, welche die Spitäler und die **Spitallandschaft** in der Schweiz massgeblich prägen: die gesetzliche Arbeitszeitschränkung für Ärzt/innen in Weiterbildung, der allgemeine Fachkräftemangel und der seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung verschärfte Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck. Angesichts der bestehenden Anreizstrukturen ist ein Fokus auf spezialisierte Leistungen eine Möglichkeit, sich im umkämpften Markt zu positionieren. Spitäler reagieren dabei auf Marktentwicklungen resp. versuchen diese zu antizipieren. Insbesondere mittelgrosse Spitäler scheinen bestrebt, bei spezialisierten Leistungen im Konkurrenzkampf mit grösseren Spitälern und Universitätsspitalern mitzuhalten.

Sowohl international als auch in der Schweiz lässt sich ein Trend zum Zusammenschluss verschiedener Spezialist/innen in **interdisziplinären Kompetenzzentren** feststellen (z.B. an Organen orientierte Zentren, in denen Medizin und Chirurgie zusammenarbeiten). Die Koordination und Zusammenführung von Spezialist/innen findet auch in institutionalisierten Gremien und Austauschplattformen statt, z.B. im Rahmen von Tumor-Boards. Skeptische Stimmen sehen in diesen neu entstehenden Strukturen und Gefässe eine weitere Ausprägung von Spezialisierung, mehrheitlich wird diese Entwicklung jedoch als Gegenbewegung zur (potenziellen) Fragmentierung von Fachgebieten und Behandlungen durch die zunehmende (Sub-)Spezialisierung gesehen. Nach Jahren der Spezialisierung und Ausdifferenzierung schwingt das Pendel allmählich wieder zurück in Richtung Integration, und es scheint ein wachsendes Bewusstsein und Interesse dafür zu geben, wie die Expertise einzelner Spezialgebiete im Gesamtsystem koordiniert und eingebunden werden kann.

Forschung und die **universitäre Verankerung** eines Fachgebiets sind wesentliche Entwicklungsmotoren nicht nur für die medizinische Versorgung, sondern auch für das Gewicht und die Sichtbarkeit einer Disziplin innerhalb der Versorgungslandschaft. Dies gilt sowohl für die (Sub-)Spezialisierung als auch für generalistische oder interdisziplinäre Gebiete, denen eine Schlüsselrolle in der Versorgung einer zunehmend älteren, chronisch kranken und multimorbiden Patientenpopulation zugeschrieben wird. Im Bereich Forschung und Lehre spielt (wie in der Patientenversorgung) die Ressourcenallokation eine zentrale Rolle. Bestimmte Spezialgebiete sind angesichts der hohen Dichte an Medizintechnik und Forschungsgeldern aus der Industrie diesbezüglich gut positioniert.

Die **Prozesse der Spezialisierung** sind in den drei betrachteten Systemen Spitalorganisation, Fakultät und ärztliche Weiterbildung sehr eng und vielfältig ineinander verschränkt. Dies gilt insbesondere zwischen Universitätsspitalern und Fakultäten (die Schaffung eines neuen Lehrstuhls erfordert in der Regel eine ausreichende Infrastruktur am Universitätsspital) sowie für die Wechselwirkung zwischen Facharzttiteln und der Organisation grosser Spitäler (neue Facharzttitel müssen «Weiterbildungsstätten-kompatibel» sein, d.h. Kliniken und Fachabteilungen müssen entsprechend ausgestattet sein, um weiterzubilden zu können).

Als entscheidende **Akteure** bei der zunehmenden Spezialisierung haben sich die Fachgesellschaften (resp. kleinere Gruppen innerhalb der Fachgesellschaften) herauskristallisiert. Ihre Initiative ist insbesondere zentral bei der «Offizialisierung» von Prozessen der Spezialisierung (Weiterbildungstitel, Lehrstühle), spielt aber auch bei der Entstehung neuer spezialisierter Teams und der Einführung neuer diagnostischer Verfahren und Behandlungsmethoden eine Rolle.

Die zunehmende Spezialisierung kann neben unzweifelhaften Vorteilen auch **negative Folgen** für bestimmte Patientengruppen haben. Die stetig steigenden Möglichkeiten (Diagnostik, Medizintechnik, Therapien, Medikamente) in den Spezialgebieten können eine Tendenz zu Maximalmedizin fördern. Auf Ebene der Spitalorganisation besteht die Herausforderung darin, Abläufe und Prozesse mit kleiner werdenden Spezialeinheiten zu planen und miteinander zu verknüpfen. Probleme der Spezialisierung zeigen sich u.a. dort, wo Verantwortlichkeiten für die Gesamtbehandlung von Patient/innen unklar sind (Polymorbidität, Polytrauma) oder aufgrund monetärer Interessen eine Fragmentierung der Versorgung in Kauf genommen wird.

Ansätze, um Risiken und negative Folgen der Spezialisierung anzugehen, sollten sich an der Frage orientieren, welche Massnahmen angesichts des Nutzens, den die Spezialisierung hat, angemessen sind. Im Kern geht es dabei stets um die Balance zwischen Spezialisierung und Integration, zwischen der Gesamtsicht und vertiefter Expertise. Als mögliche Ansatzpunkte für Problemlösungen sind aus der Studie hervorgegangen:

- Prozesse innerhalb der Spitäler anpassen und interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern: Fallführung, interdisziplinäre Zentren/Boards, gemeinsame Budgets, Controlling mit Gesamtbetrachtung Spital
- Aus- u. Weiterbildung: Common Trunks in Weiterbildungsprogrammen, Interdisziplinäre Schwerpunkte fördern
- Anpassungen des Tarifsystems (Verhältnis technische vs. nicht-technische Leistungen; spezialisierte vs. allgemeinmedizinische Leistungen), Belohnung von «Leistungsverzicht»
- Gesamtperspektive einnehmen: Interaktion zwischen Sektoren ambulant und stationär
- Stärkere Gestaltung der Spitallandschaft, Lenkung über Versorgungsaufträge
- Forschungsförderung: gezielt Projekte fördern, welche sich mit Innovationen im Versorgungssystem und den künftigen demografischen und epidemiologischen Herausforderungen befassen (patientenzentrierte Ansätze, interdisziplinäre, interprofessionelle und sektorenübergreifende Koordination etc.).

Dabei ist klar, dass diese Vorschläge jeweils auch mit Nachteilen und Umsetzungsproblemen behaftet sind. So dürften beispielsweise die Vorteile einer verstärkten interdisziplinären Koordination und Zusammenarbeit unbestritten sein, sie stellen jedoch für die Beteiligten einen nicht unerheblichen Zusatzaufwand dar. Angesichts des Fachkräftemangels und des Kostendrucks besteht die Gefahr, dass dies zu einer Mehrbelastung der Ärzt/innen führt oder aber weniger Zeit für die Patientenversorgung oder für die Weiterbildung bleibt. Eine weitere Herausforderung ist das Spannungsverhältnis in der ärztlichen Weiterbildung zwischen den drei Anliegen, eine zu starke Ausdifferenzierung der Weiterbildungstitel zu verhindern, ausreichende generalistische Fähigkeiten zu vermitteln und gleichzeitig die Weiterbildungsdauer in einem angemessenen Rahmen zu halten.

Das Gesundheitsversorgungssystem ist eines der komplexesten Systeme der heutigen Gesellschaften. Spitäler sind bereits für sich allein – neben ambulanten und intermediären Institutionen – ausserordentlich komplizierte Organisationen (Trägerschaft, Finanzierung, Management, Ärzteschaft, Pflege, Patient/innen etc.). Je mehr auf der einen Seite professionelle Ausdifferenzierungen und Spezialisierungen Heilungschancen verbessern können, sind auf der anderen Seite Anstrengungen zur Koordination (Standardisierung von Skills/Wissen, Outcomes, Koordination durch Management, Supervision, Kommunikationskultur etc.) und Integration in das Gesamtsystem (im Sinne einer kollektiven Koordination der stationären und ambulanten Versorgung) notwendig. Differenzierung und Integration sind in diesem Sinne als zusammenhängende und nicht gegensätzliche Faktoren zu verstehen, die parallel resp. gemeinsam zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen (vgl. Glouberman/Mintzberg 2001).

8 Literaturverzeichnis

8.1 Quellen und Literatur Schweiz

- Aeschbacher Catherine (2014): Das passende Instrument finden, *VSAO Journal* 2014(6), 11f.
- ASMAV Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique Section Vaud (2012): Strukturierung der ärztlichen Weiterbildung in die spezifischen Lehrgänge A, B, C, D oder X im CHUV, *VSAO Journal* 2012(3), 19
- Aujesky Drahomir (2015): Allgemeine Innere Medizin am Universitätsspital, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(3):71–74
- BAG Bundesamt für Gesundheit (2015): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Zwischenresultate. Kurzfassung des Berichts des BAG an den Bundesrat, 13. Mai 2015
- Banz Yara, Pierre Mégevand und Laurence Feldmeyer (2011): Bologna Reform und Karrieremöglichkeiten, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(10), 385–387
- Bas Halid (2013): «PAVD wird sicher in der Praxis zu selten diagnostiziert», *Ars Medici* 10, 510–512
- Bassetti Claudio L. and Richard Hughes (2014): Academic general neurology: any future? Yes!, *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165(2), 40f.
- Battegay Edouard (2013): Multimorbidität und chronische Krankheiten prägen zusehends den ärztlichen Alltag, *Schweizerische Ärztezeitung* 94(12), 460f.
- Battegay Edouard (2015): Multimorbidität, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(36), 1271f.
- Bauer Werner (2010): Innere Medizin weltweit – rückwärts, seitwärts, vorwärts?, *Schweiz Med Forum* 2010(01), 13f.
- Bauer Werner (2015): Spezialisierung und Fragmentierung sind zweierlei, *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 1833
- Bauer Werner (2016): Das Allgemeine hat es schwer, *Schweizerische Ärztezeitung* 97(5), 194
- Bertschi Michael (2005): Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht 27.10.2005, Solothurn
- BFS Bundesamt für Statistik (2006): Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens. Krankenhausstypologie, Neuchâtel, November 2006
- Brandner Sonja, Cornelia Betschart und Daniel Faltin (2016): Urogynäkologie/Urologie für die Frau, *Schweizerische Ärztezeitung* 97(15), 542f.
- Buddeberg-Fischer Barbara and Martina Stamm (2010): The medical profession and young physicians' lifestyles in flux: challenges for speciality training and health care delivery systems, *Swiss Med Wkly* 140, w13134
- Buddeberg-Fischer Barbara, Martina Stamm and Richard Klaghofer (2010): Career paths in physicians' postgraduate training – an eight-year follow-up study, *Swiss Med Wkly* 140, w13056
- Buddeberg-Fischer Barbara, Richard Klaghofer, Martina Stamm, Franz Marty, Philip Dreiding, Marco Zoller and Claus Buddeberg (2006b): Primary care in Switzerland – no longer attractive for young physicians?, *Swiss Med Wkly* 136(27), 416–424
- Buddeberg-Fischer Barbara, Richard Klaghofer, Thomas Abel and Claus Buddeberg (2006a): Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals, *BMC Health Services Research* 6, 137
- Cramerer Katrin, Hermann Amstad und Maria Hodel (2014): Bericht der Themengruppe «Nachwuchs für die Klinische Forschung in der Schweiz», im Auftrag der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung», Bern

- CS Credit Suisse Global Research (Hrsg.) (2013): Gesundheitswesen Schweiz 2013. Der Spitalmarkt im Wandel (Swiss Issues Branchen, August 2013)
- Cuénoud Pierre-François (2016): Stationäre Versorgung: quo vadis?, *Schweizerische Ärztezeitung* 97(21), 729
- de Torrenté A. (2002): Achtung: Verwechslungsgefahr! *Schweiz Med Forum* 2002(47), 1113f.
- Deriaz Sandra (2011): Das Büro «Ärzte von morgen», *VSAO Journal* 2011(5), 16f.
- Dubach Philipp, Kilian Künzi, Thomas Oesch, Laure Dutoit und Livia Bannwart (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz, Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS
- Dutoit Laure, Lucien Gardiol und Kilian Künzi (2014): Etablissement du recensement des médecins actifs en Suisse, *Obsan Dossier* 28, Neuchâtel : Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Fässler Margrit, Verina Wild, Caroline Clarinval, Alois Tschopp, Jana A. Faehnrich und Nikola Biller-Andorno (2015): Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians, *Swiss Med Wkly* 145, w14080
- Gerny Daniel und Erich Aschwanden (2015): Grosse Überkapazitäten in der Spitallandschaft, *Neue Zürcher Zeitung*, 16.01.2015
- Giger Max (2009): Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin: Stärkung der Hausarztmedizin, *Schweizerische Ärztezeitung* 90(50), 1951f.
- Glauser Rosmarie (2011a): Das Bild des Arztes ist immer noch männlich, *VSAO Journal* 2011(1), 8
- Glauser Rosmarie (2011b): Der Zulassungsstopp ist endlich Vergangenheit, *VSAO Journal* 2011(6), 6
- Golder Lukas, Claude Longchamp, Cloé Jans, Stephan Tschöpe, Aaron Venetz, Marcel Hagemann und Johanna Schwab (2016): Trotz steigendem Dossieraufwand bleibt die Spitalärzteschaft motiviert. Begleitstudie anlässlich der Einführung von SwissDRG sowie der geplanten stationären Tarife in der Rehabilitation und Psychiatrie im Auftrag der FMH, 5. Befragung 2015, Bern: gfs.bern
- Grätz Klaus W. und Christian Schirlo (2013): Neue und nachhaltige Strukturen für die universitäre Medizin in der Schweiz, *SAMW-Bulletin* 2013(1), 1–4
- Grob Daniel und Thomas Münzer (2009): Geriatrie: von Patienten, Bewohnern, Klienten und Fallpauschalen, *Schweiz Med Forum* 2009(51), 933f.
- Hänggeli Christoph (2015): Was Sie unbedingt über die Weiterbildung wissen müssen, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(8), 261–263
- Hess Benjamin (2016): Ein Drittel will Teilzeit arbeiten, *VSAO Journal* 2016(2), 12f.
- Heuss Ludwig T. and Christoph Hänggeli (2003): Open access to part-time specialist training – the Swiss experience, *Swiss Med Wkly* 133(17), 263–266
- Hock Christoph und Gregor Zünd (2015): Neue Strukturen für die Medizin der Zukunft. Gastkommentar zur Spitalpolitik, *Neue Zürcher Zeitung*, 15.4.2015
- Höffe Julia, Andrea Duppenhaler, Georg Staubli, Daniel Garcia, Steffen Berger und Ruth Mari Löllgen (2015): Interdisziplinarität und Organisationsstruktur von Kindernotfallstationen, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(36):1288–1291
- Hohl Michael K. (2010): Vom Grundversorger zum Spezialisten, *VSAO Journal* 2010(2), 34f.
- Hoppeler Hans, Oliver Richner, Markus Bieri und Jürg Müller (2012): Kosten und Nutzen kleiner Spitäler, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(43), 1580–1583
- Hostettler Stefanie, Renato Laffranchi und Esther Kraft (2013): Ärzteschaft in der Schweiz – Fokus Arbeitspensum, *Schweizerische Ärztezeitung* 94(50), 1891–1895

- Huber Adrian, Yvonne Bogenstätter, Urs Pfefferkorn, Heinz Zimmermann und Emanuela G. Medici (2015): Ärztliche Führung als (m)eine Profession, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(20–21):718–719
- Huber Xaver (2015): Gruss vom Planeten NHS, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(47):1737–1740
- Hudec Jan (2016): Fehlanreize für Spitäler. Zusatzversicherte werden häufiger operiert, *Neue Zürcher Zeitung*, 19.07.2016
- IDoC group (2015): Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice in Switzerland (IDoC) – a potential model for monitoring and evaluating healthcare reform, *Swiss Med Wkly* 145, w14034
- Jaccard Ruedin Hélène, France Weaver, Maik Roth und Marcel Widmer (2009): Personel de santé en Suisse – Etat des Lieux et perspectives jusque'en 2020, Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- Kesseli Bruno (2015): Zukünftigen Herausforderungen wirkungsvoll begegnen, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(45), 1638–1641
- Kocher Gerhard (2010): Kompetenz- und Aufgabenteilung, in: Kocher Gerhard und Willy Oggier (Hrsg.): Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012. Eine aktuelle Übersicht, Bern: Huber
- Kurmann Julius (2016): Die Zukunft der stationären Psychiatrie der Schweiz (Interview), *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* 167(3), 98f.
- Kurscheid Clarissa und Reinhard Voegle (2011): Kooperativer Wettbewerb im Zeitalter der DRGs, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(36), 1367–1369
- Leu Agnes (2015): Einfluss der SwissDRG auf die vulnerablen Patientengruppen in der Schweiz. Ethische Kriterien und rechtliches Korrelat, Berlin
- Liedtke Daniel, Ole Wiesinger, Christian Westerhoff, Urs Stoffel, Reto Stocker und Stephan Pahls (2015a): Ein innovatives Systemmodell für Akutspitäler, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(44), 1625–1628
- Liedtke Daniel, Ole Wiesinger, Christian Westerhoff, Urs Stoffel, Reto Stocker und Stephan Pahls (2015b): Elemente und Funktionen des Systemmodells, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(45), 1661–1664
- Meier-Abt Peter (2013): Universitäre Medizin – quo vadis?, *SAMW-Bulletin* 2013(1), 2
- Meyer Beatrix, Barbara Rohner, Lukas Golder und Claude Longchamp (2016): Administrativer Aufwand für Ärzte steigt weiter an, *Schweizerische Ärztezeitung* 97(1), 6–8
- Meyer Varja, Jürg Nadig, Jürg Pfisterer und Christoph Bosshard (2014): Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolonkarzinom», *Schweizerische Ärztezeitung* 95(31/32), 1136f.
- Neuhaus Valentin (2014): Sind wir auf dem richtigen Weg? *VSAO Journal* 2014(a), 32f.
- Roth Christiane (2012): Die Feminisierung und ihre Folgen, *VSAO Journal* 2012(2), 37f.
- Roth Sacha und Isabelle Sturny (2015): Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen –Entwicklung des Ärztebestands (Obsan Bulletin 4/2015), Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2014): Medizin und Ökonomie – wie weiter? *Swiss Academies Communications* 9 (4)
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2012): Nachhaltige Medizin. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel
- Schmitz Christof und Peter Berchtold (2011): Führungsentwicklung im Spital, *Schweizerische Ärztezeitung* 92(16/17), 610–612
- Schmitz Christof, Peter Berchtold, Gerd Laifer und Christoph A. Meier (2012): Optimierung im Spital, *Schweizerische Ärztezeitung* 93(25), 964–967

- Schulthess Georg, Jean-Michel Gaspoz, Ralph A. Schmid, Andreas Platz, Esther Bächli und Philipp M. Lenzlinger (2014): Eigenständiges Fach Notfallmedizin nicht im Sinne des schweizerischen Gesundheitswesens, *Schweizerische Ärztezeitung* 95(6), 192f.
- SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (2016) [unpubliziert]: Rolle des SIWF bei der Schaffung von Spezialisierungen, Teilbericht zuhanden der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung»
- Stoll Lea (2015): «Organisation ist alles» (Interview), *VSAO Journal* 2015(4), 25f.
- Stolz Raphael (2010): Ohne Wissenstransfer geht es nicht, *VSAO Journal* 2010(4), 10
- Tandjung Ryan, Catherine Ritter, Dagmar M Haller, Peter Tschudi, Mireille Schaufelberger, Thomas Bischoff, Lilli Herzig, Thomas Rosemann and Johanna Sommer (2014): Primary care at Swiss universities – current state and perspective, *BMC Research Notes* 2014,7:308
- Teisberg Elisabeth Olmsted (2008): Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen, Zürich etc.
- Trageser Judith, Anna Vettori, Rolf Iten und Luca Crivelli (2012): Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bern: Akademien der Wissenschaften Schweiz
- Tuckermann Harald, Johannes Rüegg-Stürm und Matthias Mitterlechner (2014a): Zur Unmöglichkeit des Managements von Spitälern – die Paradoxie von Management, *Schweizerische Ärztezeitung* 95(16/17), 662–665
- Tuckermann Harald, Johannes Rüegg-Stürm und Matthias Mitterlechner (2014b): Umgangsformen mit der Unmöglichkeit, *Schweizerische Ärztezeitung* 95(18), 713–715
- Tuckermann Harald, Johannes Rüegg-Stürm und Matthias Mitterlechner (2014c): «Weder-noch»: geregeltes Entscheiden mit Systemkontext, *Schweizerische Ärztezeitung* 95(19), 751–754
- Valvanis Anton und Claudio L.A. Bassetti (2015): Im Dienste der klinischen Neurowissenschaften (Interview), *Schweizerische Ärztezeitung* 96(25), 910–912
- van der Horst Klazine, Michael Siegrist, Pascale Orlow and Max Giger (2010): Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career, *Medical Education* 44, 595–602
- Vetterli Martin und Urs Frey (2016): Akademische Medizin: Förderinstrumente des Schweizerischen Nationalfonds, *SAMW-Bulletin* 2016(2), 1–4
- Zimmermann Heinz, Denis Bachmann, Pascal Berger, Konrad Diem, Bruno Durrer und Wolfgang Ummenhofer (2015): Die klinische Notfallmedizin im Wandel, *Schweizerische Ärztezeitung* 96(1–2), 6f.

8.2 Internationale Publikationen

- Al-Amin M. et al. (2010): Specialty hospital market proliferation: Strategic implications for general hospitals, *Health Care Manage Rev* 35(4), 294–300
- Atmore C. (2015): The role of medical generalism in the New Zealand health system into the future, *NZ Med J* 128(1419), 50–55
- Baig I.M. et al. (2010): Fighting lung cancer in the developed world – a model of care in a UK hospital, *J Pak Med Assoc* 60(2), 93–97
- Bernstein J. et al. (2010): Utilizing information technology to mitigate the handoff risks caused by resident work hour restrictions, *Clin Orthop Relat Res* 468(10), 2627–2632
- Botting M.J. et al. (2014): Using barriers analysis to refine a novel model of neurocritical care, *Neurocrit Care* 20(1), 5–14

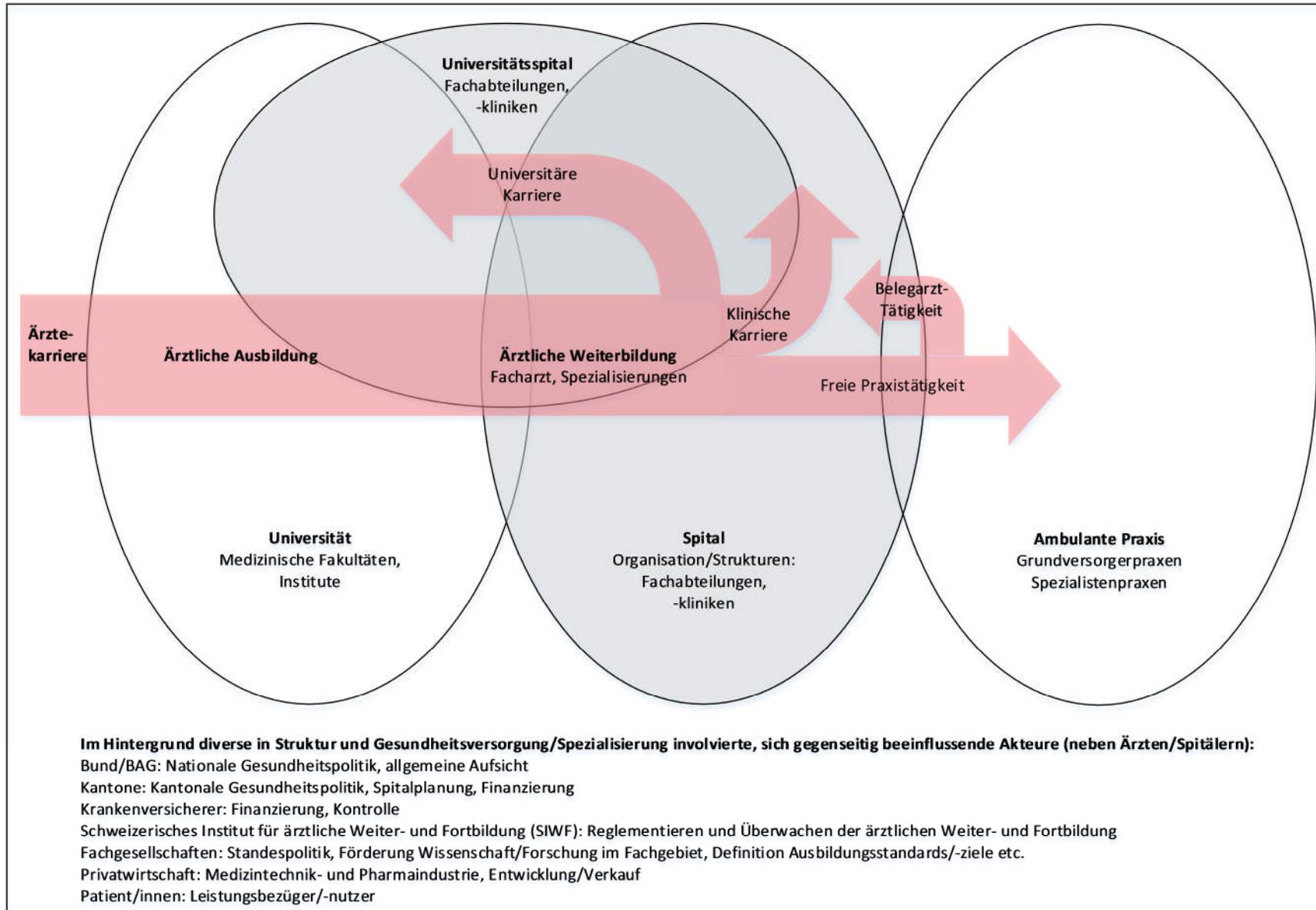
- Burgis J.C. et al. (2012): Resident perceptions of autonomy in a complex tertiary care environment improve when supervised by hospitalists, *Hosp Pediatr* 2(4), 228–234
- Celenza A. et al. (2012): Improving the attractiveness of an emergency medicine career to medical students: An exploratory study, *Emerg Med Australas* 24(6), 625–633
- Chabbert-Buffet N. et al. (2010): Modalités de fonctionnement d'un centre de suivi des femmes à haut risque de cancer du sein et de l'ovaire : une expérience à l'hôpital Tenon, *Gynecol Obstet Fertil* 38(3), 183–192
- Chatzikonstantinou A. et al. (2011): From the stroke unit to the stroke competence center: corresponding beneficial clinical and financial effects, *J Neurol* 258(11), 1929–1932
- Cheng H.Q. (2015): Comanagement hospitalist services for neurosurgery, *Neurosurg Clin N Am* 26(2), 295–300, x–xi
- Cornwell Jocelyn, Ros Levenson, Lara Sonola and Emmi Poteliakhoff (2012): Continuity of Care for Older Hospital Patients: A call for action, London: The King's Fund
- Creed P.A. et al. (2010): Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students, *Soc Sci Med* 71(6), 1084–1088
- Cull D. L. et al. (2013): The influence of a Vascular Surgery Hospitalist program on physician and patient satisfaction, resident education, and resource utilization, *J Vasc Surg* 58(4), 1123–1128
- Ehrich Jochen H.H., Reinhold Kerbl, Massimo Pettoello-Mantovani and Simon Lenton (2015): Opening the Debate on Pediatric Subspecialties and Specialist Centers: Opportunities for Better Care or Risks of Care Fragmentation?, *The Journal of Pediatrics* 167(5), 1177–1178.e2
- Epstein K. et al. (2010): The impact of fragmentation of hospitalist care on length of stay, *J Hosp Med* 5(6), 335–338
- Fanari Z. et al. (2016): Cardiology Critical Care Crisis: Can Working Across The Aisle Be The Salvation? *Del Med J* 88(2), 58–59
- Fegert Jörg M. und Hubert Liebhardt (2012): Familien- und karrierebewusstes Krankenhaus – Problembe-
reiche und nötige Schritte, *GMS Z Med Ausbild* 29(2), Doc35
- Gaber A.O. et al. (2013): The transplant center and business unit as a model for specialized care delivery, *Surg Clin North Am* 93(6), 1467–1477
- Glouberman Sholom and Henry Mintzberg (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation, Part II: Integration, *Health Care Management Review*, Winter 2001, 58-86
- Goldberg S.E. et al. (2014): Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards, *Int J Nurs Stud* 51(10), 1332–1343
- Grant P and A. Goddard (2012): The role of the medical registrar, *Clin Med (Lond)* 12(1), 12f.
- Greenstein E.A. et al. (2013): Characterising physician listening behaviour during hospitalist handoffs using the HEAR checklist, *BMJ Qual Saf* 22(3), 203–209
- Gunderman Richard (2016): Hospitalists and the Decline of Comprehensive Care, *N Engl J Med*, August 10, 2016, DOI: 10.1056/NEJMp1608289
- Jacobs, V. R. and P. Mallmann (2010): Chief medical clinic manager of a university OB/GYN clinic – an innovative job description as management response for increase of profitability, quality of care, and physicians' freedom of action, *Onkologie* 33(6), 331–336
- Kathan-Selck C. and M. van Offenbeek (2011): Redrawing medical professional domains: new doctors, shifting boundaries, and traditional force fields, *J Health Organ Manag* 25(1), 73–93.

- Labarbera J. M. et al. (2013): The impact of telemedicine intensivist support and a pediatric hospitalist program on a community hospital, *Telemed J E Health* 19(10), 760–766.
- Luelmo J. et al. (2014): A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis, *Reumatol Clin* 10(3), 141–146
- Lux M.P. et al. (2011): The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital, *Arch Gynecol Obstet* 283(3), 559–568
- Magnani T. et al. (2012): The 6-year attendance of a multidisciplinary prostate cancer clinic in Italy: incidence of management changes, *BJU Int* 110(7), 998–1003
- Manca D.P. et al. (2011): A tale of two cultures: specialists and generalists sharing the load, *Can Fam Physician* 57(5), 576–584
- Marshall D.C. et al. (2016): Disclosure of Industry Payments to Physicians: An Epidemiologic Analysis of Early Data From the Open Payments Program, *Mayo Clin Proc* 91(1), 84–96.
- Meghen K. et al. (2013): Women in hospital medicine: facts, figures and personal experiences, *Ir Med J* 106(2), 39–42
- Morrison R.S. and D.E. Meier (2011): The National Palliative Care Research Center and the Center to Advance Palliative Care: a partnership to improve care for persons with serious illness and their families, *J Pediatr Hematol Oncol* 33 Suppl 2, S126–131
- Müller M., G. Hemicker, U. Jüptner, U. Wuellner, D.C. Wirtz, A. Hirner und J. Standop (2011): Inadäquate DRG-Vergütung chirurgischer Patienten mit Morbus Parkinson, *Zentralbl Chir* 136(2): 168–171
- Norman R. and J. Hall (2014): Can hospital-based doctors change their working hours? Evidence from Australia, *Intern Med J* 44(7), 658–664
- O'Higgins N. (2014): Advancing cancer care: the quality spiral: Sir Thomas Myles Lecture, *Ir J Med Sci* 183(1), 7–13
- O'Neill M.B. and A. Kumar (2012): The non-specialist paediatric training registrar in the healthcare system, *Ir Med J* 105(7), 247–249
- Ploch Thomas, Nicolaas Sieds Klazinga, Michael Schoenstein and Barbara Starfield (2011): Reconfiguring Health Professions in Times of Multi-Morbidity: Eight Recommendations for Change, in: OECD (2011): Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities, Paris
- Pollack C.V. Jr. et al. (2012): Emergency medicine and hospital medicine: a call for collaboration, *Am J Med* 125(8), 826.e821–826
- Pugh A. et al. (2015): Acute oncology: a developing sub-specialty, *Br J Nurs* 24(16), S18–25.
- Puts M.T. et al. (2010): Clinical experience of cancer specialists and geriatricians involved in cancer care of older patients: A qualitative study, *Crit Rev Oncol Hematol* 74(2), 87–96
- Rapson A. and L. Kersun (2014): Oncology house physician model: a response to changes in pediatric resident coverage, *J Pediatr Hematol Oncol* 36(7), 524–527
- Robinson J.C. (2013): Case studies of orthopedic surgery in California: the virtues of care coordination versus specialization, *Health Aff (Millwood)* 32(5), 921–928
- Romig M. et al. (2010): Centralized triage for multiple intensive care units: the central intensivist physician, *Am J Med Qual* 25(5), 343–345
- Shannon S.C. et al. (2013): A new pathway for medical education, *Health Aff (Millwood)* 32(11), 1899–1905
- Sharma G. et al. (2010): Comanagement of hospitalized surgical patients by medicine physicians in the United States, *Arch Intern Med* 170(4), 363–368

- Slim H.B. et al. (2011): Medical subspecialty hospitalist programs, *Conn Med* 75(9), 541–545
- Soliman A. et al. (2013): Improving the quality of care for medical inpatients by placing a higher priority on ward rounds, *Clin Med (Lond)* 13(6), 534–538
- Wachter Rober M. and Derek Bell (2012): Renaissance of hospital generalists, *BMJ* 2012(344), e642
- Wachter Robert M. and Lee Goldman (2016): Zero to 50'000 – The 20th Anniversary of the Hospitalist, *N Engl J Med*, August 10, 2016, DOI: 10.1056/NEJMp1607958
- Walz G. (2011): Organisationsformen der Notfallmedizin aus Sicht des Krankenhausmanagement: Fachspezifisch oder interdisziplinär?, *Chirurg* 82(4), 342–347
- White Heather L. and Richard H. Glazier (2011): Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures, *BMC Medicine* 2011, 9:58
- WHO World Health Organization (2008): The world health report 2008: primary health care now more than ever, Genf
- Yousefi V. and C.A. Chong (2013): Does implementation of a hospitalist program in a Canadian community hospital improve measures of quality of care and utilization? An observational comparative analysis of hospitalists vs. traditional care providers, *BMC Health Serv Res* 13, 204

9 Anhang

9.1 Visualisierung des Untersuchungsfelds



Quelle:
Eigene
Darstellung

9.2 Stichprobe der befragten 20 Expertinnen und Experten

Bereich	Organisation	Experte/Expertin	Funktion
Fakultät/ Akademie	Universität Basel, Kantonsspital Baselland	Prof. Dr. med. Thomas Gasser	Chefarzt Urologische Universitätsklinik Basel-Liestal, ordentl. Professor für Urologie, Universität Basel, SMIFK
	Inselspital-Universitätsspital Bern	Prof. Dr. med. Iris Baumgartner	Direktorin u. Chefärztin, Universitätsklinik für Angiologie, Vize-dekanin Med. Fakultät, Universität Bern
Universitäts- spital	Universitätsspital Zürich	Prof. Dr. med. Holger Moch	Institutsdirektor, Institut für Klinische Pathologie, Universitätsspital Zürich
	Universitäts-Kinderspital Zürich	Prof. Dr. med. Felix H. Sennhauser	CEO Medizin, Ärztlicher Direktor Universitäts-Kinderspital Zürich
	Universitätsspital Basel	Dr. med. / MBA Werner Kübler	Direktor Universitätsspital Basel
	Inselspital-Universitätsspital Bern	Prof. Dr. med. Claudio Bassetti	Ordinarius, Klinikdirektor u. Chefarzt Universitätsklinik für Neurologie, Präsident SGN, SFCNS u. ENS, Vorstandsmitglied SAMW
	Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Pr Pierre-François Leyvraz	Directeur général du CHUV, Lausanne, Service d'orthopédie et de traumatologie
	Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)	Pr Arnaud Perrier	Médecin-chef suppléant, Médecine interne générale, pneumologie
Zentrums- spital	Spitalzentrum Biel	Dr. med. Lorenz Büchler	Chefarzt Klinik für Orthopädische Chirurgie
	Kantonsspital St. Gallen	Prof. Dr. med. Hans Rickli	Chefarzt Kardiologie, Facharzt Kardiologie und AIM
	Kantonsspital Graubünden	Prof. Dr. med. Thomas Fehr	Ärztlicher Direktor, Chefarzt u. Departementsleiter Innere Medizin
Regional- spital	Ospedale Regionale di Lugano	Prof. Dr. med. Raffaele Rosso	Direttore sanitario, primario e capo dipartimento Chirurgia
	Spital Männedorf	Prof. Dr. med. Rolf Schlumpf	Chefarzt Viszeralchirurgie, Spital Männedorf; Viszeralchirurgie Privatlinikgruppe Hirslanden, Chirurgisches Zentrum Zürich
	Zuger Kantonsspital	Dr. Matthias Winistörfer	Spitaldirektor Zuger Kantonsspital
	Hôpital fribourgeois (HFR)	Prof. Daniel Hayoz	Médecin-chef du service de médecine interne de l'HFR
Gesund- heitspolitik	Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern	Dr. med. Georg von Below	stv. Amtsvorsteher Spitalamt, Leiter Abteilung Planung und Versorgung
	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich	Dr. Hansjörg Lehmann	Leiter Geschäftsfeld Gesundheitsversorgung
Weitere	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF	Dr.med. Werner Bauer	Präsident SIWF
	SWIR, SAMW-AG Nachhaltige Medizin, USB	Prof. em. Dr. Daniel Scheidegger	Mitglied Schweizerischer Wissenschafts- und Innovationsrat, Leiter SAMW-Arbeitsgruppe «Nachhaltige Medizin», ehemals Ordinarius für Anästhesiologie u. Chefarzt Anästhesie USB
	Patientenorganisation	Erika Ziltner	Präsidentin Dachverband Schweizerischer Patientenstellen, Geschäftsleiterin der Patientenstelle Zürich, Kantonsrätin

Anmerkungen: SMIFK: Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission; SGN: Schweizerische Neurologische Gesellschaft; SFCNS: Swiss Federation of Clinical Neurosocieties; ENS: Europäische Gesellschaft für Neurologie, SAMW: Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften