

Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation

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

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 Fachärztetmix (Attraktivität generalistischer Fachgebiete verbessern; Steuerung und Planung des Fachärztetmixes 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 Universitätsspitälern und anderen Spitälern mit breiter Forschungstätigkeit. Weniger betroffen sind kleine Spitäler, in welchen 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 Facharzttiteln 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 Antreiber 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 Spe-

zialisierung 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 Zerstückerlungen 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 Spitalärzt/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 Spitalisten 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).