



Nikola Biller-Andorno und Susanne Jöbges

Angemessene Gesundheitsversorgung – Appropriate Care

In:

Philip van der Eijk / Detlev Ganten / Roman Marek (Hrsg.): Was ist Gesundheit? :

Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur

ISBN: 978-3-11-071333-6. - Berlin / Boston: De Gruyter, 2021

(Humanprojekt : Interdisziplinäre Anthropologie ; 18)

Teil 4: Gesundheit als politisches Konzept

S. 401-419

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36952](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36952)

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (cc by-nc-sa 4.0) Licence zur Verfügung gestellt.



Nikola Biller-Andorno und Susanne Jöbges

Angemessene Gesundheitsversorgung – Appropriate Care

Abstract: *Adequate Health Care – Appropriate Care.* The understanding of health is highly relevant in ethical as well as health policy terms because it is linked to entitlement to health services. In addition, conclusions can be drawn from what we consider to be appropriate health care to the current prevailing understanding of health and illness. The article describes the conceptual complexity of the normative concept of adequate health care and the opportunities and challenges of its effective operationalization.

1 Appropriate Care – eine begriffliche und thematische Annäherung

Angemessenheit, als eine Tugend der Mäßigung, findet sich bereits in Aristoteles' philosophischen Überlegungen zur Gerechtigkeit (Kositzke 2008). So bestimmt Aristoteles in seiner *Nikomachischen Ethik* Verteilungsgerechtigkeit zunächst in formaler Hinsicht mit dem Verweis auf die Proportionenlehre und hält fest, „dass das Gerechte bei den Verteilungen einer bestimmten Würdigkeit entsprechen muss, doch reden nicht alle von derselben Würdigkeit [...]“ (Aristoteles 2020, S. 84). Während Aristoteles sich auf unterschiedliche Verständnisse von Würdigkeit/Angemessenheit und Anspruch bei Demokraten, Oligarchen und Aristokraten im antiken Griechenland bezieht, ist die Problematik auch in unserer heutigen Gesellschaft gerade mit Blick auf Gesundheitsleistungen bemerkenswert aktuell geblieben.

Bereits eine erste reflexive Annäherung an das, was Angemessenheit – also das richtige, den Verhältnissen entsprechende Bemessen oder Zuteilen – im Gesundheitswesen bedeuten kann, wirft zahlreiche Fragen auf, zum Beispiel:

- Was ist im Gesundheitswesen richtig, d. h. den Verhältnissen entsprechend?
- Aus welchem Blickwinkel wird die Angemessenheit einer Maßnahme im Gesundheitswesen bewertet?
- Warum ist eine angemessene Versorgung geboten?

Nikola Biller-Andorno, Susanne Jöbges, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

 OpenAccess. © 2021 Nikola Biller-Andorno und Susanne Jöbges, publiziert von De Gruyter.

 Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz.

<https://doi.org/10.1515/9783110713336-028>

- Welche Kriterien sollten in eine Bewertung von angemessener Versorgung im Gesundheitswesen einfließen?
- Welche Konzepte existieren, um eine angemessene Versorgung umzusetzen?

Bereits diese vorläufige Liste möglicher Fragen deutet die Vielschichtigkeit des Konzepts an. Die Relevanz wird besonders deutlich, wenn man sich dem Konzept *ex negativo* nähert. Die Problematik der unangemessenen Versorgung ist zunehmend Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten. So wird geschätzt, dass Fehlversorgung – zu viel oder das Falsche – inzwischen fast ein Drittel der Gesundheitskosten ausmacht (Anastasy 2019; Coulter et al. 2018). Nicht nur entstehen durch unnötige oder falsch gewählte Eingriffe Belastungen und Schaden für Patienten; auch fehlen die dafür aufgewendeten Mittel andernorts, so dass zugleich eine Unterversorgung resultieren kann.

Aus einer zukunftsorientierten Perspektive wird deutlich, dass uns die Aushandlung dessen, was eine angemessene Versorgung darstellt, auch künftig begleiten wird: Die personalisierte Medizin mit ihren exorbitanten Preisen, die Möglichkeiten des pharmakologischen oder genetischen Enhancement, die zunehmende Erkenntnis der Zusammenhänge von sozialen Faktoren und Gesundheit sowie die Erweiterung präventiver, diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Ansätze durch künstliche Intelligenz werden es erforderlich machen, die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung immer wieder neu zu denken. Umso wichtiger ist es, sich Klarheit über das Konzept zu verschaffen.

2 Konzeptuelle Herausforderungen

Nicht nur bestehen inhaltliche Kontroversen darüber, welche gesundheitliche Versorgung angemessen ist; noch grundsätzlicher gibt es unterschiedliche Verständnisse dessen, was unter dem Begriff der angemessenen Versorgung oder, wie in der englischsprachigen und internationalen Literatur gebräuchlich, der *Appropriate Care* zu fassen ist. Ein umfassender Literaturreview hat mittels einer induktiven thematischen Analyse fünf Kategorien – evidenzbasierte Versorgung, Patientenzentrierung, klinische Expertise, Kosteneffektivität und fairer Zugang – identifiziert, die den aktuellen Begriffsgebrauch im Gesundheitsbereich reflektieren (Robertson-Preidler, Biller-Andorno et al. 2017) (vgl. Abb. 1).

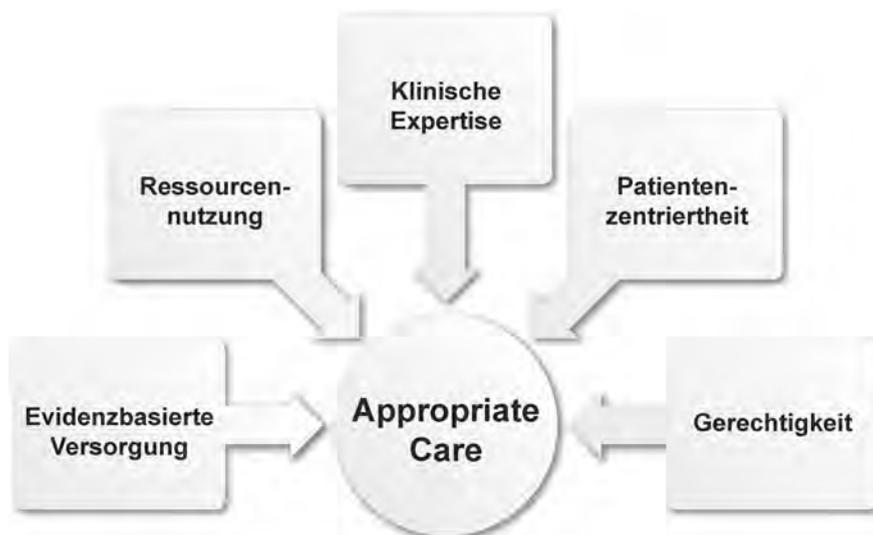


Abb. 1: Kategorien der angemessenen Versorgung (in Anlehnung an Robertson-Preidler, Biller-Andorno et al. 2017)

3 Empirische Evidenz als Grundlage für eine Bewertung der Angemessenheit

Bevor man sinnvollerweise über die Verteilung diskutieren kann, muss etabliert werden, dass die zu verteilende Ressource überhaupt ein Gut ist und für wen dieses erstrebenswert ist. Das ist gar nicht so offensichtlich, wie es scheinen mag. So hat man sich zum Beispiel in der Schweiz über einige Zeit hinweg mit großem Nachdruck der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Mammographie-Screening-Angeboten zugewandt, während zur gleichen Zeit die Frage ungelöst blieb, ob flächendeckende Screening-Programme überhaupt ein überzeugendes Nutzen-Schaden-Verhältnis haben und falls ja, für welche Subgruppen (Biller-Andorno & Jüni 2014). Bisweilen wird angemessene Versorgung auch auf den Aspekt des Nutzen-Schaden-Verhältnisses reduziert, so zum Beispiel in der Kurzdefinition eines populären Online-Lexikons: „Appropriate Care: Health care in which the expected clinical benefits (e.g. improved symptoms) of care outweigh the expected negative effects (e.g. adverse drug effects) to such an extent that the treatment is justified“ (Segen 2012).

Die Frage nach einer angemessenen Versorgung wird im Gesundheitswesen oft im Zusammenhang mit sogenannten *Health Technology Assessments* (HTAs)

gestellt. Unter HTA wird üblicherweise „der Prozess der systematischen Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“ verstanden (Cochrane Deutschland 2020). Die Bewertung erfolgt mit Blick auf die Sicherheit, die klinische Wirksamkeit und die Kostenwirksamkeit. Auch ethische, rechtliche und juristische Implikationen werden in der Bewertung berücksichtigt.

Ein zentrales Element bei HTAs ist das klare Ausweisen des Assessment-Anteils, in dem die verfügbare Evidenz gesichtet und zusammengefasst wird, und des Appraisals, in dem die Evidenz mit Blick auf ihre Qualität bewertet wird und als Grundlage von Empfehlungen – oft zur Frage der Übernahme eines Heilmittels durch die Krankenkassen – herangezogen wird. Diese Aufgabe wird häufig dadurch erschwert, dass in der Literatur der Nutzen von Interventionen ausführlicher dargestellt wird, während die negativen Aspekte eher kursorisch zusammengefasst sind. Darüber hinaus fließen in die Empfehlungen auch individuelle Werte und Prioritäten des jeweiligen Gremienmitglieds ein.

4 Klinische Beurteilung der Angemessenheit

Selbst wenn die Wirksamkeit einer medizinischen Intervention grundsätzlich etabliert ist, bedeutet das nicht, dass sie auch bei einem Patienten in einer gegebenen Situation indiziert ist. Der Begriff der Indikation kann gefasst werden als

ein fachliches Urteil im Einzelfall, initiiert durch den (mutmaßlichen) Willen des Patienten, normiert durch die ethischen Prinzipien „nutzen“ und „nicht schaden“ und basierend auf vergleichenden Prognosen zwischen dem unbehandelten Verlauf eines Leidens und der Wirksamkeit von Interventionen. Sie ist eine Empfehlung an den Patienten und eine professionsbedingte Selbstnormierung des Arztes (Wiesing 2017).

Ärztinnen und Ärzte sind in ihrer Professionalität dem Wohlergehen des Patienten verbunden. Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verweist diesbezüglich auf die „gute medizinische Praxis“, mit der die ärztliche Berufsausübung im Einklang stehen sollte (Parsa-Parsi 2017). Was damit genau gemeint ist, wird in der Deklaration nicht weiter definiert, kann aber als Geste hin auf gute Indikationsqualität interpretiert werden.

So identifiziert auch der Deutsche Ethikrat eine „verantwortungsvoll gestellte, auf den individuellen Patienten bezogene medizinische Indikation“ als Grundlage einer guten medizinischen Behandlungsqualität (Deutscher Ethikrat 2016). Alle Maßnahmen, Prozeduren, Prozesse sollen dabei die Umsetzung einer verantwortungsvollen Indikationsstellung unterstützen.

Eine individuelle Indikationsstellung basiert auf wissenschaftlicher Evidenz, welche so gut wie möglich in Bezug zum individuellen Patienten gesetzt wird (Neitzke 2013; Sackett et al. 1996). Eine wichtige Limitation besteht darin, dass für manche Patientengruppen oder Gesundheitszustände eine deutlich geringere Evidenzbasis zur Verfügung steht als für andere. So wurden zum Beispiel lange Zeit schwangere Frauen kategorisch von der Teilnahme an Forschungsprojekten ausgeschlossen, mit der Konsequenz, dass diese Personengruppe nur mit Einschränkungen am wissenschaftlichen Fortschritt partizipieren konnte (Biller-Andorno & Wild 2003).

Für Ärztinnen und Ärzte spielen aufbereitete Formen der Evidenz im klinischen Alltag als Grundlage für Indikationsstellungen eine große Rolle. Diese Aufbereitung kann durch Einrichtungen wie das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erfolgen, welches evidenzbasierte Bewertungen des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren vornimmt, oder durch Fachgesellschaften, die Leitlinien zu bestimmten Behandlungsformen oder Krankheitsbildern erstellen. In den USA wurde bereits in den 1980ern die *RAND/UCLA Appropriateness Method* (RAM) entwickelt, welche darauf zielt, die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz mit Bewertungen durch klinische Experten zu verbinden, Indikationslisten zu erstellen und Empfehlungen für den klinischen Alltag zu angemessener und unangemessener Versorgung für bestimmte Maßnahmen bei spezifischen Symptomen abzuleiten (Fitch et al. 2001).

Eine Frage, die sich aus Nutzen-Schaden-Analysen allein schlecht beantworten lässt, ist die Abgrenzung von Therapie und Enhancement, also einer Verbesserung über das Normale hinaus, welche in den vergangenen Jahrzehnten in der Medizin immer wieder thematisiert worden ist und die mit neuen technischen Möglichkeiten wie der Genschere CRISPR oder KI-basierten Hirn-Computer-Schnittstellen wieder an Aktualität gewonnen hat. Denn es ist durchaus denkbar, dass auch Enhancement-Eingriffe die Lebensqualität eines gesunden Menschen signifikant verbessern, ohne ein signifikantes Schadenspotenzial aufzuweisen. Dennoch ist damit die Frage noch nicht geklärt, ob wir Enhancement schon aufgrund dieses Kriteriums als Teil einer angemessenen Gesundheitsversorgung fassen möchten oder welche Priorität solchen Eingriffen zukommen sollte. Allerdings ist eine Abgrenzung zwischen Therapie und Enhancement, welche sich auf eine klare Unterscheidung von gesund und krank stützt, schwierig und wird von Ärzten auch tendenziell durch Kriterien wie Leidensdruck oder Funktionalität im Alltag ersetzt (Ott et al. 2012).

5 Angemessenheit als patientenzentriertes Konzept

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die folgenden drei Schlüsselkriterien für die Angemessenheit medizinischer Versorgung über verschiedene kulturelle Kontexte und Gesundheitssysteme hinweg identifiziert: 1. Effektivität (beruhend auf valider Evidenz), 2. Kosteneffektivität und 3. Übereinstimmung mit ethischen Prinzipien und Präferenzen betroffener Individuen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft (World Health Organization 2000). Damit hat die WHO bereits vor zwei Jahrzehnten klar auf die Relevanz der Patientenperspektive verwiesen. Diese wird in ihrer Bedeutung noch immer unterschätzt oder gar als unwissenschaftlich oder belanglos beiseitegelassen.

Dabei spielt es für die Frage einer angemessenen Versorgung eine große Rolle, ob eine Intervention im Sinne des Patienten stattfindet oder nicht. So haben empirische Studien gezeigt, dass die Behandlung fortgeschrittener Tumorleiden keinesfalls immer den Präferenzen der betroffenen Patienten entspricht (Silvestri et al. 1998). Die unzutreffende Bestimmung von Patientenpräferenzen kann, so wurde treffend formuliert, als eine Form der „misdiagnosis“, einer fehlerhaften Diagnose, gewertet werden (Mulley et al. 2012). Im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlungen von COVID-19-Patienten und der Frage nach möglicherweise knapp werdenden Behandlungsplätzen ist die Bedeutung einer sorgsamten Abklärung von Patientenpräferenzen besonders deutlich hervorgetreten.

Nicht nur lässt sich argumentieren, dass Menschen geschadet wird, wenn sie eine Behandlung erhalten, die sie nicht wollen. Darüber hinaus werden im Falle einer Knappheit auch die Zugangschancen derjenigen, die eine Behandlung wünschen, geschmälert und ein mögliches Verteilungsgerechtigkeitsproblem wird weiter akzentuiert. Dies gilt nicht nur mit Blick auf die konkrete Intervention, sondern auch für die – finanziellen, personellen und weiteren – Ressourcen im Gesundheitswesen. Wenn Mittel für eine vom Patienten nicht gewünschte Behandlung aufgewendet werden und dann für einen anderweitigen, benötigten und gewünschten Einsatz nicht zur Verfügung stehen, ist eine solche Versorgung doppelt unangemessen.

Kontroverser ist der Fall, dass Patientinnen oder Patienten eine Behandlung wünschen, deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist. Dies geschieht regelmäßig im Rahmen von komplementärmedizinischen Behandlungswünschen oder experimentellen Therapien z.B. im Bereich der Onkologie. Die Frage der Kostenübernahme wird dann oft zum Politikum. Während man bei günstigen komplementärmedizinischen Ansätzen und subjektiver Zufriedenheit der Nutzer ohne signifikanten Schaden immer noch mit Blick auf unspezifische therapeutische

Effekte von einer im weiteren Sinne angemessenen Versorgung sprechen kann, wird das schwieriger, wenn die Therapien teuer sind und/oder mit erheblichen Risiken oder Belastungen einhergehen.

Eine patientenzentrierte, angemessene Versorgung kann verstanden werden als eine medizinische Versorgung auf Basis einer individuell gestellten Indikation unter Abwägung von Nutzen und Risiken der verfügbaren Behandlungsoptionen zum richtigen Zeitpunkt und unter Einbindung der individuellen Wünsche, Werte und Lebenssituation auf Seiten der Patienten (Coulter et al. 2018; Deutscher Ethikrat 2016). In den letzten Jahrzehnten sind Konzepte wie die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) und die gesundheitliche Vorausplanung (Advance Care Planning) entwickelt worden, die eine Orientierung für das Führen dieser häufig anspruchsvollen Gespräche bieten (Rosca et al. 2020). Die Bewertung von Risiko, Belastung und Nutzen kann individuell sehr unterschiedlich ausfallen, doch ist ein für den Patienten überzeugendes Nutzen-Schaden-Verhältnis Voraussetzung für eine angemessene Versorgung.

6 Angemessener Einsatz knapper Ressourcen

Aus ökonomischer Perspektive setzt eine angemessene Versorgung auch eine entsprechende Kosten-Nutzen-Bewertung voraus. Es besteht ein differenziertes Instrumentarium für gesundheitsökonomische Evaluationen sowie eine lebhafte internationale Diskussion zu methodischen Fragen. Während Kosten-Nutzen-Bewertungen in der Medizin noch vor 20 Jahren mit Zurückhaltung aufgenommen wurden (Lauterbach & Hinzpeter 1997), sind sie heute selbstverständlicher Bestandteil von *Health Technology Assessments* und werden zum Teil bei der Preisfindung neuer Medikamente eingesetzt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020).

Für das Verhältnis von Nutzen und Kosten findet vielfach der englischsprachige Begriff des „value“ – im Sinne von Patientennutzen pro aufgewendeter Geldeinheit (Porter 2010) – Verwendung, etwa im Zusammenhang mit „value based healthcare“ oder „value based pricing“. Während es unstrittig ist, dass bei zwei gleich wirksamen Alternativen die günstigere zu bevorzugen ist, gibt es durchaus Kontroversen darüber, wie der Patientennutzen zu fassen ist. Unter anderem sind die häufig eingesetzten qualitätsbereinigten Lebensjahre (QALYs) als Maßeinheit sowie die Nutzenmaximierung als Priorisierungsprinzip kritisch hinterfragt worden (Deutscher Ethikrat 2011).

Während es weitgehend akzeptiert ist, dass eine angemessene Versorgung auch die ökonomische Dimension – im Sinne eines haushälterischen Umgangs mit limitierten Ressourcen – berücksichtigen muss, wird die Kommerzialisierung

der Medizin kritisch betrachtet. Wie das Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften „Medizin und Ökonomie“ auseinandersetzt, können Qualitätseinbußen durch fehlgeleitete Effizienzsteigerung sowie eine Instrumentalisierung des Patienten zum Zwecke der Gewinnmaximierung die Folge sein, welche sich wiederum negativ auf die Patienten-Arzt-Beziehung auswirken und insbesondere auch medizinische Prioritäten verzerren und damit die Angemessenheit der Versorgung gefährden können (SAMW 2014b). Ärztinnen und Ärzte erleben den Druck, gewinnorientierte betriebswirtschaftliche Vorgaben erfüllen zu sollen als negativ, zugleich prägt der Gedanke der Gewinnmaximierung in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung den klinischen Alltag (Wehkamp & Naegler 2017).

Mittel sind im Gesundheitswesen prinzipiell knapp, auch wenn in Ländern wie Deutschland prinzipiell genügend Ressourcen für eine angemessene Versorgung vorhanden sind. Besonders aber unter den Bedingungen von Knappheit – wenn nicht alle jederzeit alles haben können – muss transparent gemacht werden, anhand welcher Regeln und Werturteile Beschränkungen vorgenommen werden (Kolmar 2008). Die Ausgestaltung dessen, was als angemessene Versorgung erachtet werden soll, bedarf eines kontinuierlichen gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses, welcher die Spezifika des jeweiligen Gesundheitssystems wie Ressourcenlevel oder vulnerable Gruppen berücksichtigt (Robertson-Preidler, Anstey et al. 2017; World Health Organization 2000).

7 Fairer Zugang zu angemessenen Gesundheitsleistungen

Die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung hängt auch davon ab, wie der Zugang zu den für angemessen befundenen Leistungen gestaltet wird. In einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen wie dem britischen NHS oder einem umfassenden Versicherungssystem kann ein gleichberechtigter Zugang weitaus besser gewährleistet werden als in Ländern, in denen nur ein Teil der Bevölkerung versichert ist.

Aber auch in Ländern mit einem Versicherungsobligatorium kann der Zugang zu Gesundheitsleistungen problematisch werden, wenn ein hoher Eigenanteil vorgesehen ist. In der Schweiz zum Beispiel werden 28% aller Gesundheitsausgaben privat bezahlt, der höchste Eigenanteil in der OECD. 21% der Schweizer Versicherten verzichten aus Kostengründen auf medizinische Konsultationen, auch in dieser Hinsicht belegt die Schweiz einen der OECD-Spitzenplätze (OECD 2017).

Auch wenn es nachvollziehbar ist, Patienten einen Teil der Verantwortung für das Funktionieren eines Gesundheitswesens zuzuschreiben (Gethmann 2008), so kann ein stark an Selbstverantwortung ausgerichtetes und mit entsprechenden Anreizen versehenes System dazu führen, dass gerade finanzschwächere Patienten erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben.

So kreiert jedes Gesundheitssystem spezifische vulnerable Populationen. In einem System wie dem deutschen, das zwischen Kassen- und Privatpatienten unterscheidet, liegen die Risiken beispielsweise in einer Posteriorisierung der Bedürfnisse von Kassenpatienten und einer teilweisen Über- oder Fehlversorgung von Privatpatienten. Zudem sind auch Ärzte nicht vor ungewollter Diskriminierung nach Faktoren wie sozialem Status und ethnischer Gruppenzugehörigkeit gefeit (Drewniak et al. 2016).

Die Gewährleistung eines fairen Zugangs zu Gesundheitsleistungen bleibt also in allen Gesundheitssystemen, wenngleich in unterschiedlicher Ausprägung, eine permanente Herausforderung. An Nutzenmaximierung oder Steigerung der Wirtschaftlichkeit orientierte Perspektiven verlieren Fairness als wichtige Dimension einer angemessenen Versorgung leicht aus dem Blick und bedürfen daher der Ergänzung (Marckmann & Siebert 2008).

8 Angemessenheit als mehrdimensionales Konzept

Der Bericht des europäischen Regionalbüros der WHO zu „Appropriateness in Health Care Services“ hat bereits im Jahr 2000 hervorgehoben: „Appropriateness is a complex issue with various dimensions and definitions and these differ between countries“ (World Health Organization 2000). In der Tat zeigen Länderstudien, wie das Konzept der Angemessenheit hinsichtlich der gewählten Strategien, aber auch der Schwerpunktsetzungen unterschiedlich ausgestaltet wird. Während manche Systeme wie zum Beispiel das englische den Fokus auf Kosteneffizienz und Zugang für alle legen und Nachteile wie ein eingeschränktes Angebot in Kauf nehmen, priorisieren andere wie etwa das Schweizer System die individuelle Wahlfreiheit, auch wenn ein solches System höhere Kosten verursacht (Robertson-Preidler, Anstey et al. 2017).

Der Begriff der Angemessenheit lässt also eine deutliche Spannweite zu, innerhalb derer konkrete Vorstellungen zur bestmöglichen Umsetzung unter Berücksichtigung kontextueller Faktoren ausgehandelt werden können. Entsprechend groß ist die Variabilität der verwendeten Indikatoren für die Performance von Gesundheitssystemen (Braithwaite et al. 2017).

Angemessenheit ist eng verbunden mit dem Begriff der Versorgungsqualität, die, im umfassenden Sinne verstanden, über die Qualität der individuellen Behandlung hinaus wesentliche Aspekte einer angemessenen Versorgung abdeckt. Das *Handbook for National Quality Policy and Strategy* der WHO nennt unter Bezugnahme auf das US-amerikanische *Institute of Medicine* und die OECD folgende Attribute einer qualitativ hochstehenden Versorgung: „effective, safe, people-centred“. Damit sich der Nutzen der „quality health care“ entfalten kann, werden zusätzliche Anforderungen an die Versorgung formuliert, welche Kernanliegen des Konzepts der Angemessenheit abbilden: „timely, equitable, integrated, efficient“ (World Health Organization 2018).

Diese Auflistungen deuten bereits die Mehrdimensionalität des Konzepts einer angemessenen Versorgung an. Das sogenannte Triple Aim, eine Entwicklung des in Boston ansässigen *Institute of Healthcare Improvement* (IHI), die weite Verbreitung und Zustimmung gefunden hat, stellt in eingängiger bildlicher Form dar, dass eine angemessene Versorgung sich sowohl auf die individuelle Patientenerfahrung und die Bedürfnisse der Bevölkerung als auch auf die Kosten bezieht.

Das Triple Aim kann nur erreicht werden, wenn es gelingt, alle drei Dimensionen in einer für das jeweilige Gesundheitswesen passenden Weise zu integrieren. Das Konzept lässt zugleich Raum für Initiativen und Anpassungen, die die Bedürfnisse und Schwerpunktanliegen der jeweiligen Gesundheitssysteme abbilden. So hat Großbritannien ein „Triple Value Healthcare“-Ausbildungskonzept etabliert. Grundlage dieses Konzeptes sind aktuelle Evidenz, Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit, Angemessenheit und die Berücksichtigung individueller Wertvorstellungen (Jani et al. 2018).

In ähnlicher Weise schlägt ein Experten-Panel der Europäischen Union vor, „Value-Based Healthcare (VBHC)“ als ein Vier-Säulen-Konzept zu definieren, das folgende Komponenten umschließt:

- „appropriate care to achieve patients’ personal goals (personal value)“;
- „achievement of best possible outcomes with available resources (technical value)“;
- „equitable resource distribution across all patient groups (allocative value)“;
- „contribution of healthcare to social participation and connectedness (societal value)“ (Anastasy 2019).

Sowohl das Triple Aim als auch die vier Säulen der VBHC umfassen als Dimensionen einer angemessenen Gesundheitsversorgung die bestmögliche Versorgung im Einzelfall anhand der verfügbaren Evidenz sowie der Werte und Perspektiven individueller Patienten, eine Orientierung an den gesundheitlichen Bedürfnissen der jeweiligen zu versorgenden Population sowie den sorgsamem Einsatz knapper

Ressourcen mit dem Ziel finanzieller Stabilität und Nachhaltigkeit (Anastasy 2019; Biller-Andorno & Ollenschläger 2016; Institute for Healthcare Improvement 2021).

Die konkrete Ausgestaltung eines angemessenen Versorgungssystems erfordert die Berücksichtigung der Perspektiven der unmittelbar Betroffenen – insbesondere der Patientinnen und Patienten – und nach Möglichkeit die aktive Mitwirkung eines breiten Spektrums an Akteuren, die das Ziel einer angemessenen Versorgung teilen. Dabei ist der Blick nicht allein auf medizinische Konditionen und Interventionen im engeren Sinn zu richten. Wie der *World Health Summit* seit 2009 jedes Jahr aufs Neue eindrucksvoll demonstriert, muss Gesundheit global gedacht werden (Ganten & Ibingira 2020). Dies schließt soziale, ökonomische und ökologische Faktoren im Sinne von „Planetary Health“ mit ein (Müller et al. 2018).

9 Von der Zielvorstellung zu Zielvereinbarungen

Auch wenn Konzepte wie das Triple Aim eine große unmittelbare Plausibilität besitzen, ist es dennoch ein weiter Weg hin zur Umsetzung (Anastasy 2019; Biller-Andorno & Ollenschläger 2016; Institute for Healthcare Improvement 2020). Die Gründe können vielfältiger Natur sein, von einer grundsätzlichen Lethargie oder Skepsis gegenüber Veränderung bis hin zu manifesten Partikularinteressen, die durch eine stringendere Ausrichtung der Versorgung hin auf Angemessenheit tangiert wären.

Es gibt eine Vielzahl konkreter Strategien, die sich zur Stärkung einer angemessenen Versorgung anbieten, zum Beispiel „Choosing Wisely“-Listen (Richter-Kuhlmann 2015), Leitlinien oder Qualitätsmonitoring, eventuell verbunden mit Akkreditierungsprozessen (Robertson-Preidler, Biller-Andorno et al. 2017; SAMW 2014b). Ein Ansatz, der besonders die Patientenrelevanz der Versorgung stärken möchte, sind die sogenannten Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Es gibt mehrere Organisationen, die PROMs entwickeln, darunter das *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM), ein Non-Profit-Unternehmen, das seine Tätigkeit so umschreibt: „We bring together international teams of patients, physicians and researchers to define outcomes that matter most to patients who live with different conditions“ (ICHOM 2021). Auf diese Weise soll eine Transformation des Gesundheitswesens im Sinne der Value-Based Healthcare erreicht werden.

PROMs kombinieren in interessanter Weise den aktiven Einbezug von Patienten mit der Bereitstellung von Daten, um eine evidenzbasierte Steuerung des Gesundheitswesens als lernendes System zu ermöglichen. Um solche Ansätze zur

Förderung einer angemessenen Versorgung aufzugreifen und anzuwenden, bedarf es einer nicht unerheblichen Anstrengung. Daher ist es von Vorteil, wenn diese Anstrengungen auch im Vergütungssystem abgebildet sind und das Erreichen der gesteckten Ziele dadurch auch eine gewisse Verbindlichkeit und Priorität erhält. An dieser Stelle setzen Anreize und Zielvereinbarungen an (Scott et al. 2016).

Die sogenannten *Accountable Care Organizations* (ACOs), welche im Rahmen des „Affordable Care Act“ (HHS 2010) in das US-amerikanische Gesundheitswesen eingeführt worden sind, versuchen, Anreize auf zwei Ebenen wirksam werden zu lassen: auf der Ebene Arzt-Krankenhaus und auf der Ebene Krankenhaus-Kostenträger. Wenn bestimmte Zielvorgaben erreicht werden, erhalten die Ärztin oder das Krankenhaus finanzielle Vorteile (Mathes et al. 2019). Auf diese Weise kann der Interessenkonflikt zwischen Verdienst und angemessener Versorgung der einzelnen Patienten bzw. der Bevölkerung wenn nicht aufgehoben, so doch reduziert werden. Inwiefern es gelingt, mittels Zielvorgaben oder -vereinbarungen auf eine angemessene Versorgung hinzuwirken, hängt somit in entscheidender Weise davon ab, ob es gelingt, relevante Ziele zu identifizieren und in geeigneter Form zu operationalisieren.

Idealerweise können Zielvereinbarungen eine Verbindlichkeit erzeugen, die bewirkt, dass die Bemühungen um eine angemessene Versorgung im Alltag nicht untergehen. So plausibel die Idee klingt, die Vergütung von Ärzten und eventuell auch von Angehörigen anderer Gesundheitsberufe an das Erreichen bestimmter Ziele zu knüpfen, so hat sich die Umsetzung als durchaus komplex erwiesen (vgl. Abb. 2).

So bedarf es zunächst eines Konsenses bezüglich der übergeordneten Vision und der zu erreichenden *Ziele*. Wenn Anreize zum Einsatz kommen, sollten diese auf einer geteilten Zielvorstellung beruhen, ansonsten werden sie oft als Gängelung empfunden und können die wertvolle intrinsische Motivation der im Gesundheitswesen tätigen Fachpersonen unterminieren (Biller-Andorno & Lee 2013). Insofern Zielvereinbarungen zum Hinwirken auf eine angemessene Versorgung genutzt werden sollen, bietet sich ein Bezug auf Rahmenkonzepte wie das Triple Aim an, so dass Einzelziele auf ihre Kompatibilität mit dieser übergeordneten Zielsetzung hin überprüft werden können.

Aktuell werden Zielvereinbarungen primär mit Blick auf Qualität genutzt, zum Beispiel im Rahmen von Pay-for-Performance (P4P)-Programmen oder mit Blick auf wirtschaftliche Ziele, die sich jedoch oft eher an den betriebswirtschaftlichen Ergebnissen der jeweiligen Einrichtungen orientieren als an Kosteneffektivität im Sinne einer angemessenen Versorgung. In Deutschland und der Schweiz sind Zielvereinbarungen in Form volumenbasierter Boni in die Kritik geraten, u. a., da sie zu Überversorgung führen können (Fässler et al. 2020). Die

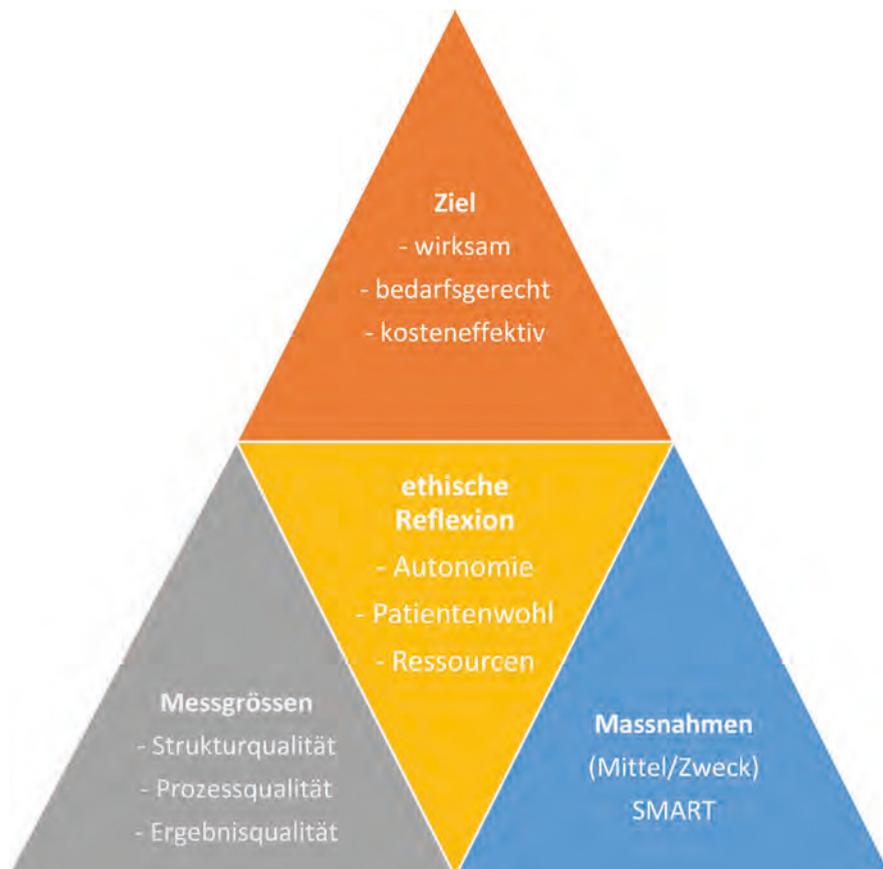


Abb. 2: Kritische Prüfung der Zielvereinbarungen

dritte Dimension des Triple Aim, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung, ist weniger Gegenstand von Zielvereinbarungen zwischen Ärzten und ihren Arbeitgebern, sondern wird eher in Leistungsverträgen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Trägern, z. B. staatlichen Behörden, aufgegriffen. Es könnte sich allerdings lohnen, die Frage nach der bedarfsgerechten Versorgung durchaus auch auf der Ebene ärztlicher Tätigkeit zu stellen, z. B. mit Blick auf die Patientenakquise in einer Praxis oder die Ausrichtung einer Fachabteilung in einem Krankenhaus.

Neben der inhaltlichen Zielsetzung sind formale Fragen von großer Bedeutung. Gemäß der gängigen SMART-Formel sollen Ziele spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminierbar sein. Hierfür ist eine Operationalisierung mithilfe von *Messgrößen* und konkreten *Maßnahmen* erforderlich. Im Bereich der

Qualitätsmessungen wird üblicherweise zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert, wobei Letztere besonders aussagekräftig, aber anspruchsvoll in der Erfassung ist (Donabedian 2005). Maßnahmen können individuell sein oder sich auf ein Team beziehen. Sie können in Form positiver Anreize gestaltet sein, z. B. in Form eines Bonus, einer Beförderung oder von zusätzlichem Personal, oder auch als negative Konsequenzen etwa in Form von Kürzungen von Finanzmitteln oder einer Abmahnung. Maßnahmen sind also sowohl danach zu beurteilen, welchen Zweck sie verfolgen, als auch danach, ob die Mittel, die sie ergreifen, geeignet sind.

Über die formalen Anforderungen hinaus ist mittels einer *ethischen Reflexion*, wenn möglich auf Basis empirischer Daten, zu überprüfen, ob die gewählten Ziele, Messgrößen und Maßnahmen auch wirklich zu einer angemessenen Versorgung beitragen. Zum Beispiel steht das Ziel einer Steigerung der Umsatzzahlen zumindest potenziell im Konflikt mit einer patientenorientierten Versorgung und birgt die Gefahr, dass „die Indikation zunehmend für das Ziel einer Optimierung der Erlöse zweckentfremdet wird“ (Bundesärztekammer 2015) und somit Patienten in kommerzieller Absicht instrumentalisiert werden (Biller-Andorno 2016).

Angemessener Versorgung zuträglich sind z. B.:

- Patientennutzen;
- Effizienter Mitteleinsatz;
- Selbstbestimmung (Patient/Team);
- Mitarbeiterzufriedenheit;
- Kompetenzgewinn, Weiterentwicklung;
- Ergebnisqualität

Angemessener Versorgung abträglich sind z. B.:

- Mengenabhängige Vereinbarungen;
- Umsatz-, Gewinnsteigerung;
- Einseitiger Fokus auf Reduktion der Mortalität;
- Produktivitätsgrößen;
- Wirtschaftlichkeit auf Kosten des Personals;
- Beeinflussung Indikationsstellung durch Ökonomie

Doch auch Programme, die ein Ziel verfolgen, das durchaus mit einer angemessenen Versorgung kompatibel ist, bleiben bisweilen hinter den Erwartungen zurück. So ist bislang der Effekt der ambitionierten Pay-for-Performance (P4P)-Programme, die mittels Zielvorgaben eine Orientierung an der Versorgungsqualität fördern wollten, auf die Ergebnisqualität unklar geblieben (Mandavia et al. 2017). Zugleich wurde auf die Gefahr hingewiesen, sich auf leicht messbare, aber

für die Patientenversorgung nicht unmittelbar relevante Ziele zu fokussieren und somit Fehlanreize zu setzen (Herzer & Pronovost 2015).

Zielvereinbarungen müssen daher stetig adjustiert und auf das Verhältnis von Nutzen, ungewollten Nebeneffekten und Kosten hinterfragt werden (Glasziou et al. 2012). Dazu sind u. a. regelmäßige Rückmeldungen der Beteiligten erforderlich. Vorgaben oder Vereinbarungen, die in klarem Widerspruch zum Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung stehen, haben keine ethische Legitimität und sind auch rechtlich fragwürdig. So wurden sowohl in Deutschland (Sozialgesetzbuch 2020) als auch in der Schweiz (Bundesrat 2020) Schritte ergriffen, um mengenabhängige Zielvereinbarungen zu unterbinden.

10 Schlussbetrachtungen und Ausblick

Was konkret unter einer angemessenen Versorgung verstanden wird, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, die kulturelle und gesellschaftliche Werte, Normen und Prioritäten und nicht zuletzt auch den Ressourcenlevel umfassen. An diesem kontinuierlichen Aushandlungsprozess sind, gemäß den Geboten prozeduraler Fairness, die Perspektiven aller, von den jeweiligen Entscheidungen Betroffenen, in transparenter Weise zu berücksichtigen. Dies ist umso adäquater, als auch die Umsetzung nicht in den Händen einer einzelnen Gruppe liegen kann, sondern eine gemeinsame Anstrengung von Gesundheitsfachpersonen, Patienten, Gesundheitseinrichtungen und -behörden sowie weiteren Akteuren wie der Industrie sein muss.

Als übergeordnete Perspektive bietet sich an, im Sinne des Triple Aim sowohl die individuelle Behandlung als auch die Versorgung der Bevölkerung sowie die Kosten in den Blick zu nehmen. Es mag auch hilfreich sein, sich zu erinnern, welche Kerngehalte der Medizin nicht aufs Spiel gesetzt werden sollen, wie die Orientierung am Patientenwohl (Deutscher Ethikrat 2016), eine fürsorgliche, respekt- und vertrauensvolle Beziehung zwischen medizinischen Fachpersonen und Patienten sowie ein wertschätzendes Arbeitsumfeld für Ärzte und andere medizinische Fachpersonen (Hillienhof 2014; SAMW 2014a).

Wenn eine angemessene Versorgung bereits auf konzeptueller Ebene komplex ist, so gilt das nicht minder für die Umsetzung. Die Gesundheitsversorgung ist daher auf ihren verschiedenen Ebenen – von der Einzelpraxis bis hin zum nationalen Gesundheitswesen – als lernendes System zu verstehen, das anhand geeigneter Daten permanent in einem partizipativen, reflexiven Prozess adjustiert werden muss.

Das alltägliche Ringen um eine angemessene Versorgung auf politisch-strategischer wie auch auf klinischer-praktischer Ebene schließt Überlegungen ein,

wie eine ökonomisch motivierte Unter- und Überversorgung vermieden werden oder wie eine Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den Präferenzen und Prioritäten der Patienten sichergestellt werden kann. Aber darüber hinaus steht zu erwarten, dass die Medizin in nächster Zeit durch Innovationen im Bereich der Computer-, Neuro- und Biowissenschaften eine dynamische Transformation durchlaufen wird (Mäder 2019; Topol 2019). Der Angemessenheitsdiskurs wird diesen Veränderungen Rechnung tragen müssen.

Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, braucht es nicht einen einzelnen Ansatz, sondern ein Sortiment aufeinander abgestimmter Strategien. Neben einer konsequenten Ausrichtung von Datenerhebung und Anreizen am übergeordneten Ziel einer angemessenen Versorgung braucht es auch die Förderung einer „Ethik-Kultur“ im Gesundheitswesen, welche die kritische Reflexion und – um den Bogen zurück zu Aristoteles zu schlagen – die Tugend der Klugheit und des Maßhaltens fördert.

Literatur

- Anastasy, Christian et al. (2019): „Opinion on Defining Value in ‚Value-based Healthcare‘“. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/docsdir/024_defining-value-vbhc_en.pdf, besucht am 1.3.2020.
- Aristoteles (2020): *Nikomachische Ethik* (Dorothea Frede, Übers.). Berlin & Boston: De Gruyter.
- Biller-Andorno, Nikola (2016): „Commercialism and Healthcare“. In: Henk ten Have (Hrsg.): *Encyclopedia of Global Bioethics*. Cham: Springer International, S. 605–611.
- Biller-Andorno, Nikola/Jüni, Peter (2014): „Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board“. In: *New England Journal of Medicine* 370(21), S. 1965–1967.
- Biller-Andorno, Nikola/Lee, Thomas H. (2013): „Ethical Physician Incentives – From Carrots and Sticks to Shared Purpose“. In: *New England Journal of Medicine* 368(11), S. 980–982.
- Biller-Andorno, Nikola/Ollenschläger, Günter (2016): „Editorial: Appropriateness – How Sweet the Sound“. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 118–119, S. 80–81.
- Biller-Andorno, Nikola/Wild, Verina (2003): „Arzneimittelforschung an Schwangeren: Besonderer Schutz – aber kein Ausschluss aus der Forschung“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100(15), S. A-970–972.
- Braithwaite, Jeffrey/Hibbert, Peter/Blakely, Brette et al. (2017): „Health System Frameworks and Performance Indicators in Eight Countries: A Comparative International Analysis“. In: *SAGE Open Medicine* 5, S. 205031211668651.
- Bundesärztekammer (2015): „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung‘ Stellungnahme der Bundesärztekammer“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(18), S. A-1375.
- Bundesrat (2020): „Bundesrat will die Spitalplanung und die Bestimmung der Spitaltarife verbessern“. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-78072.html>, besucht am 8.1.2021.

- Cochrane Deutschland (2020): „Health Technology Assessment (HTA)“. <https://www.cochrane.de/de/hta>, besucht am 4. 6. 2020.
- Coulter, Ian/Herman, Patricia/Ryan, Gery et al. (2018): „The Challenge of Determining Appropriate Care in the Era of Patient-centered Care and Rising Health Care Costs“. In: *Journal of Health Services Research & Policy* 24(3), S. 201–206.
- Deutscher Ethikrat (2011): *Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat, https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnAllo-Aufl2_Online.pdf, besucht am 9. 1. 2021.
- Deutscher Ethikrat (2016): *Patientenwohl als ethischer Massstab für das Krankenhaus. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>, besucht am 8. 1. 2021.
- Donabedian, Avedis (2005): „Evaluating the Quality of Medical Care“. In: *Milbank Quarterly* 83(4), S. 691–729.
- Drewniak, Daniel/Krones, Tanja/Sauer, Carsten et al. (2016): „The Influence of Patients’ Immigration Background and Residence Permit Status on Treatment Decisions in Health Care. Results of a Factorial Survey among General Practitioners in Switzerland“. In: *Social Science & Medicine* 161, S. 64–73.
- Fässler, Margrit/Jöbges, Susanne/Biller-Andorno, Nikola (2020): „Bonus Agreements of Senior Physicians in Switzerland – A Qualitative Interview Study“. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 158–159, S. 39–46.
- Fitch, Kathryn/Bernstein, Steven J./Aguilar, Maria Dolores et al. (2001): *The RAND/UCLA Appropriateness Method User’s Manual*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html, besucht am 8. 1. 2021.
- Ganten, Detlev/Ibingira, Charles (2020): „Newsletter 07/2020: Global Health in the Global Spotlight“. <https://www.worldhealthsummit.org/newsletter-072020-global-health-global-spotlight.html>, besucht am 6. 8. 2020.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): „Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln nach § 35b SGB V“. <https://www.g-ba.de/themen/arzneimittel/arzneimittel-richtlinie-anlagen/kosten-nutzen>, besucht am 18. 6. 2020.
- Gethmann, Carl Friedrich (2008): „Das Ethos des Heilens und die Effizienz des Gesundheitswesens“. In: Annemarie Gethmann-Siefert/Felix Thiele (Hrsg.): *Ökonomie und Medizinethik*. München: Fink, S. 33–48.
- Glasziou, P. P./Buchan, H./Del Mar, C. et al. (2012): „When Financial Incentives Do More Good Than Harm: A Checklist“. In: *Bmj* 345(2), S. e5047–e5047.
- Herzer, Kurt R./Pronovost, Peter J. (2015): „Physician Motivation: Listening to What Pay-for-Performance Programs and Quality Improvement Collaboratives Are Telling Us“. In: *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 41(11), S. 522–528.
- HHS (2010): „About the Affordable Care Act“. U.S. Department of Health & Human Services. <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>, besucht am 8. 1. 2021.
- Hillienhof, Arne (2014): „Ethik soll Einfluss der Ökonomie in der Medizin begrenzen“. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60639/Ethik-soll-Einfluss-der-Oekonomie-in-der-Medizin-begrenzen>, besucht am 4. 6. 2020.
- ICHOM (2021): „International Consortium for Health Outcomes Measurement“. <https://www.ichom.org/>, besucht am 9. 1. 2021.

- Institute for Healthcare Improvement (2020): „The IHI Triple Aim“. <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>, besucht am 1. 8. 2020.
- Institute for Healthcare Improvement (2021): „The IHI Triple Aim“. <http://www.ihl.org/engage/initiatives/tripleaim/pages/default.aspx>, besucht am 1. 8. 2021.
- Jani, Anant/Jungmann, Sven/Gray, Muir (2018): „Shifting to Triple Value Healthcare: Reflections from England“. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 130, S. 2–7.
- Kolmar, M. (2008): „Ökonomie und Medizinethik – Theoretische Überlegungen“. In: Annemarie Gethmann-Siefert/Felix Thiele (Hrsg.): *Ökonomie und Medizinethik*. München: Fink, S. 49–110.
- Kositzke, Boris (2008): „Angemessenheit“. Spektrum. <https://www.spektrum.de/lexikon/philosophie/angemessenheit/129>, besucht am 01.03.2020.
- Lauterbach, Karl/Hinzpeter, Birte (1997): „Effizienz-Analysen: Eine ethische Notwendigkeit“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 94(51–52), S. A-3463.
- Mäder, Claudia (2019): „Yuval Noah Harari: Vor einer vergleichbaren Herausforderung hat die Menschheit noch nie gestanden“. <https://www.nzz.ch/feuilleton/yuval-noah-harari-der-mensch-kann-gehackt-werden-ld.1496741>, besucht am 8. 8. 2020.
- Mandavia, Rishi/Mehta, Nishchay/Schilder, Anne et al. (2017): „Effectiveness of UK Provider Financial Incentives on Quality of Care: A Systematic Review“. In: *British Journal of General Practice* 67(664), S. e800–e815.
- Marckmann, G./Siebert, U. (2008): „Nutzenmaximierung in der Gesundheitsversorgung“. In: Annemarie Gethmann-Siefert/Felix Thiele (Hrsg.): *Ökonomie und Medizinethik*. München: Fink, S. 111–140.
- Mathes, Tim/Pieper, Dawid/Morche, Johannes et al. (2019): „Pay for Performance for Hospitals“. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7, S. Cd011156.
- Müller, Olaf/Jahn, Albrecht/Gabrysch, Sabine (2018): „Planetary Health: Ein umfassendes Gesundheitskonzept“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115(40), S. A 1751–1752.
- Mulley, A. G./Trimble, C./Elwyn, G. (2012): „Stop the Silent Misdiagnosis: Patients’ Preferences Matter“. In: *Bmj* 345(6), S. e6572–e6572.
- Neitzke, G. (2013): „Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns“. In: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109(1), S. 8–12.
- OECD (2017): *Health at a Glance 2017: OECD Indicators. How Does Switzerland Compare?* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, <https://www.oecd.org/switzerland/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-SWITZERLAND.pdf>, besucht am 9. 1. 2021.
- Ott, R./Lenk, C./Miller, N. et al. (2012): „Neuroenhancement – Perspectives of Swiss Psychiatrists and General Practitioners“. In: *Swiss Medical Weekly*(142:w13707), S. 1–8.
- Parsa-Parsi, Ramin Walter (2017): „The Revised Declaration of Geneva“. In: *Jama* 318(20), S. 1971.
- Porter, Michael E. (2010): „What Is Value in Health Care?“. In: *New England Journal of Medicine* 363(26), S. 2477–2481.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2015): „Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112(44), S. A-1810.
- Robertson-Preidler, Joelle/Anstey, Matthew/Biller-Andorno, Nikola et al. (2017): „Approaches to Appropriate Care Delivery from a Policy Perspective: A Case Study of Australia, England and Switzerland“. In: *Health Policy* 121(7), S. 770–777.

- Robertson-Preidler, Joelle/Biller-Andorno, Nikola/Johnson, Tricia J. (2017): „What Is Appropriate Care? An Integrative Review of Emerging Themes in the Literature“. In: *BMC Health Services Research* 17(1), S. 452.
- Rosca, Ana/Krones, Tanja/Biller-Andorno, Nikola (2020): „Shared Decision Making: Patients Have a Right to Be Informed about Possible Treatment Options and Their Risks and Benefits“. In: *Swiss Medical Weekly*(150:w20268), S. 1–3.
- Sackett, D. L./Rosenberg, W. M. C./Gray, J. A. M. et al. (1996): „Evidence Based Medicine: What It Is and What It Isn't“. In: *Bmj* 312(7023), S. 71–72.
- SAMW (2014a): „Medizin und Ökonomie – wie weiter? Zusammenfassung und Empfehlungen des Positionspapiers“. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 95(43), S. 1598–1600.
- SAMW (2014b): *Medizin und Ökonomie – wie weiter? Positionspapier*. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, https://www.samw.ch/dam/jcr:a119053d-0e79-4ef5-a870-421be7b19010/positionspapier_samw_medizin_oekonomie.pdf, besucht am 9.1.2021.
- Scott, Anthony/Liu, Miao/Yong, Jongsay (2016): „Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care“. In: *Medical Care Research and Review* 75(1), S. 3–32.
- Segen, Joseph C. (2012): „Appropriate Care“. Segen's Medical Dictionary. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/appropriate+care>, besucht am 8.1.2021.
- Silvestri, G./Pritchard, R./Welch, H. G. (1998): „Preferences for Chemotherapy in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer: Descriptive Study Based on Scripted Interviews“. In: *Bmj* 317(7161), S. 771–775.
- Sozialgesetzbuch (2020): „§ 135c SGB V Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft“. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135c.html>, besucht am 4.6.2020.
- Topol, Eric (2019): *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. New York, NY: Basic Books.
- Wehkamp, Karl-Heinz/Naegler, Heinz (2017): „The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals“. In: *Deutsches Arzteblatt Online* 114(47), S. 797–804.
- Wiesing, Urban (2017): *Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis*. Stuttgart, Berlin & Köln: Kohlhammer.
- World Health Organization (2000): *Appropriateness in Health Care Services*. Kopenhagen: WHO Regional Office For Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/119936/E70446.pdf, besucht am 8.1.2021.
- World Health Organization (2018): *Handbook for National Quality Policy and Strategy: A Practical Approach for Developing Policy and Strategy to Improve Quality of Care*. Genf: World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>, besucht am 4.6.2020.