

Competence

12/2017



Focus

Regionalspitäler formieren und wehren sich Des hôpitaux régionaux se rebiffent

Interview du mois

Révolution numérique:
rattraper le retard 4

Focus

Les patients veulent plus
de transparence 15

Interna

H+ Kongress zu Mensch
und Technologie 24

Kommunikation im Berufsalltag



Ob im Spital, in der Privatpraxis oder in der ambulanten Betreuung: Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten stehen im Fokus unserer Berufstätigkeit. Unsere innere Haltung und unser Kommunikationsverhalten prägen jede Begegnung und jede Beziehung mit Patientinnen und Patienten. Dienstleistungen im Gesundheitswesen werden durch Kommunikation unterstützt und oft ist es unsere Kommunikationsfähigkeit, die von Klientinnen und Klienten bewertet wird.

Kommunikation ist deshalb in allen Berufen des Gesundheitswesens eine zentrale Kompetenz. In den Gesprächen mit Patientinnen und Patienten,

Kommunikation wirkt immer. Wie genau können wir mitbestimmen.

Klientinnen und Klienten, in der Begegnung mit Angehörigen, in der interdisziplinären Zusammenarbeit oder innerhalb der eigenen Berufsgruppe – überall sind kommunikative Fertigkeiten gefragt und unverzichtbar.

Kommunikationstraining an der Berner Fachhochschule

Die Berner Fachhochschule Gesundheit bietet für bestehende Teams oder als interne Fortbildung für Mitarbeitendengruppen massgeschneiderte Seminare mit Kommunikationstrainings oder Forumtheater an. Im Rahmen von halbtägigen oder ein- bis zweitägigen Schulungen vertiefen die Teilnehmenden ein von ihnen gewähltes Thema im Bereich der Kommunikation. Dazu gehören herausfordernde Gespräche, Motivational Interviewing, Aggressionsmanagement, Gespräche mit Angehörigen, das Überbringen einer schwierigen Nachricht, interdisziplinäre Zusammenarbeit, usw. Mit Fallbeispielen aus dem Berufsalltag wird das Thema konkret umgesetzt. Professionelle Schauspielerinnen und Schauspieler übernehmen die Rollen der Gesprächspartnerinnen und -partner und ermöglichen den Teilnehmenden das Üben in einer praxisnahen Situation. Die Settings werden je nach aktuellem Bedürfnis gewählt und anlehnend an die beschriebenen Herausforderungen als Fallbeispiele gestaltet.

Reflexion über Kommunikation

Anschließend an jede Trainingssituation erhalten die Teilnehmenden eine Rückmeldung zu ihrem Handeln. Zu hören, wie sie gewirkt haben und was ihre Aussagen, ihr Verhalten beim Gegenüber bewirken, eröffnet den Beteiligten eine neue Perspektive. Das Feedbackgespräch ist der Kern des Kommunikationstrainings. Es ermöglicht den Berufsfachpersonen über die Kommunikation nachzudenken, ihr eigenes Kommunikationsverhalten oder allfällige Kommunikationsmuster zu reflektieren.

Diverse Kliniken, Spitäler und Verbände gehören bereits zur Klientel der Berner Fachhochschule Gesundheit. Die Rückmeldungen zu den Kommunikationstrainings sind durchwegs positiv, weil die Teilnehmenden das Gespräch in ihrer eigenen Berufsrolle erleben und auf ihr Kommunikationsverhalten direkt ein Feedback erhalten. Dadurch können Erkenntnisse aus den Trainings im Berufsalltag integriert werden und die Fortbildungen wirken nachhaltig. Das massgeschneiderte Dienstleistungsangebot eignet sich für bestehende

Gruppen, Teams und Abteilungen, deren Mitglieder anhand von praktischen Beispielen ihre Kommunikationsfertigkeiten im Berufsalltag reflektieren oder verändern möchten.

Individuelle Beratung

Berner Fachhochschule
Gesundheit
Tanja Andrist
Koordinatorin
Kommunikationstraining
Murtenstrasse 10, 3008 Bern

Telefon +41 31 848 45 52
tanja.andrist@bfh.ch
gesundheit.bfh.ch/
kommunikationsschulung

Der K(r)ampf der Regionalspitäler

Regionalspitäler proben den Aufstand: Zehn mittelgrosse Häuser mit je rund 500 bis 1 200 Mitarbeitenden haben im Oktober beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde eingereicht gegen einen Entscheidung der Zürcher Kantonsregierung. Diese will ab 2018 Änderungen an der Spitalliste vornehmen und unter anderem in bestimmten Fachdisziplinen Mindestfallzahlen pro Operateur vorschreiben. Wird die Mindestfallzahl nicht erreicht, verliert das Spital den Leistungsauftrag. Diese Tatsache hat das Fass in etlichen Direktionen zum Überlaufen gebracht.

Die regionalen Spitäler fühlen sich eh schon unter Druck durch Entwicklungen in jüngerer Zeit: In manchen Häusern sind DRG-Fallpauschalen nicht kostendeckend, Eingriffe des Bundesrats in den Tarmed sowie die Einführung von Listen mit Eingriffen, welche ambulant statt stationär vorzunehmen sind, führen zu Ertragseinbrüchen. Regionalspitäler sehen durch staatliche Massnahmen ihre Wettbewerbsfähigkeit bedroht. Zudem würde die Verlagerung von Fällen weg aus den Regionen in die Zentrumsspitäler das Gesundheitswesen verteuern. Der Kanton Zürich argumentiert freilich anders: Die Massnahmen seien nötig, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu sichern. Das forsche Vorgehen der Zürcher Regierung stösst allerdings auch ausserhalb der Kantonsgrenzen auf Skepsis: Der Kanton Graubünden setzt zum Beispiel lieber auf ein dezentrales Versorgungsnetz und hält nichts von den Zürcher Mindestfall-Regeln. Competence hat mit Exponenten aus allen Lagern gesprochen und stellt die Frage, ob sich der Kampf der Regionalspitäler zu einem Richtungsstreit unter den Kantonen ausweitet. ■



Rolf Gilgen,
Chefredaktor Competence

Hôpitaux régionaux: le combat est lancé

Dix hôpitaux de taille moyenne, qui emploient entre 500 et 1 200 collaborateurs, ont déposé en octobre un recours auprès du Tribunal administratif fédéral contre une décision du gouvernement zurichois. Ce dernier entend modifier la liste hospitalière dès 2018. Il veut entre autres prescrire des nombres minimaux de cas par chirurgien pour certaines disciplines spécialisées. Si le seuil n'est pas atteint, l'hôpital perdra le mandat de prestations. Pour plusieurs directeurs, c'est la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Les hôpitaux régionaux se sentent déjà sous pression: pour certains, les forfaits DRG ne couvrent pas les coûts. De plus, les interventions du Conseil fédéral dans le TARMED ainsi que l'introduction de listes d'interventions à effectuer en ambulatoire plutôt qu'en stationnaire feront fondre les recettes. Les hôpitaux régionaux estiment que les mesures prises par l'Etat menacent leur capacité concurrentielle. De surcroît, le transfert de cas des régions vers les hôpitaux de prise en charge centralisée renchérit les coûts de la santé. Le canton de Zurich avance d'autres arguments: selon lui, ces mesures sont nécessaires à la garantie de la qualité et de l'économie. Mais le Conseil d'Etat zurichois suscite un certain scepticisme hors des frontières cantonales également: les Grisons, par exemple, misent sur la décentralisation avec leur réseau de soins et ne sont pas partisans de la règle des nombre minimaux de cas.

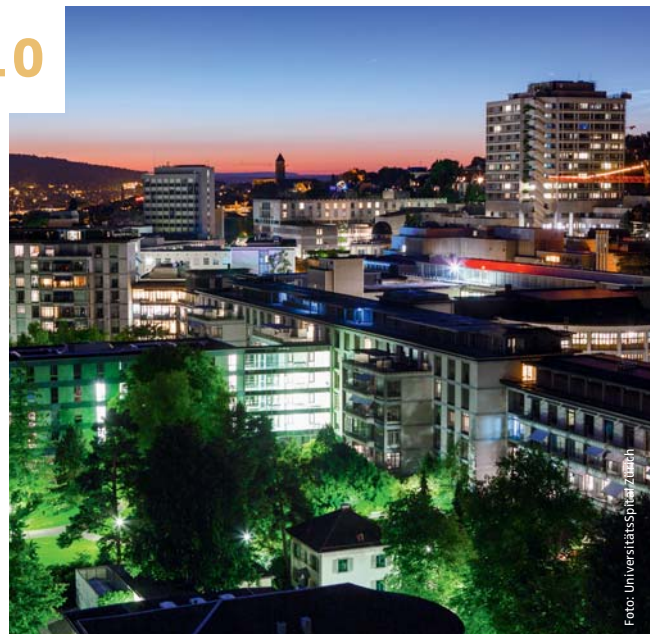
Le combat des hôpitaux régionaux va-t-il se muer en une polémique entre les cantons sur la ligne à suivre? ■

8



Focus: Regionalspitäler aus dem Aargau, der Innerschweiz und in Glarus setzen sich gegen Überregulierung ein.

10



Focus: Im Kanton Zürich sollen neu auch mit Mindestfallzahlen pro Operateur Gelegenheitsoperationen verhindert werden.

Interview du mois

Fathi Derder

- 4 Développer un écosystème à start-up pour rattraper notre retard



Focus

Regionalspitäler wehren sich

- 7 Les remèdes zurichois font tousser
- 8 Überregulierung gefährdet bewährte regionale Versorgung
- 10 Kanton Zürich: Qualitätsanforderungen dienen den Patienten und sind keine Schikanen
- 12 IG Primärspitäler: Neue Spitalliste gefährdet regionale Versorgung
- 14 Graubünden lehnt Mindestfallzahlen ab
- 15 Fixer des critères clairs et évaluer les résultats
- 16 «La spécialisation n'est pas forcément synonyme de centralisation»

24



Interna: Der 60. H+ Kongress hat unter dem Titel «Mensch und Technologie: Digitale Dynamik ohne Grenzen?» stattgefunden.

28



Portrait: Der pensionierte Chefarzt Jean-Pierre Barras sieht vor allem bei der ärztlichen Weiterbildung Optimierungsbedarf.

Panorama

- 18 Politradar
- 19 Gastkolumne / Tribune libre
- 20 Inside

Background

- 22 Hochkostenfälle: Wo steht SwissDRG?

Interna

- 24 H+ Kongress 2017:
Innovation mit mehr Fokussierung auf die Bedürfnisse
- 26 Tag der Kranken 2018:
Zeit für dich – Zeit für mich – Zeit für uns

Portrait

- 28 In der ärztlichen Weiterbildung ist mehr Personalentwicklung nötig
- 30 Who is new
- 32 Science
- 33 Agenda
- 34 IHS
- 35 SNL
- 36 Schluss-Strich / Coup de crayon
- 37 Outlook / Impressum

Révolution numérique

Développer un écosystème à start-up pour rattraper notre retard

Fathi Derder a apporté le dernier mot au Congrès de H+ début novembre. Inquiet du retard helvétique dans la révolution numérique, le conseiller national préconise le développement rapide d'un écosystème à start-up. – Interview par Marie-Claire Chamot

Vous revenez de Californie, qu'avez-vous découvert dans la Silicon Valley?

D'abord que la Silicon Valley a pris une avance incroyable dans le numérique! Les petites start-up d'il y a 20 ans sont devenues des acteurs économiques majeurs, des conglomérats actifs dans tous les domaines, y compris la santé. En second lieu, j'ai constaté une obsession de la croissance exponentielle, c'est le terme qu'on entend partout. Tout va beaucoup plus vite et beaucoup plus fort que dans notre logique de croissance linéaire, en Europe. C'est inquiétant pour nous, parce que notre retard va s'agrandir. Nous courons le risque de perdre notre leadership si nous ne réagissons pas, si nous ne développons pas un écosystème comme le leur, parce que c'est dans les start-up que se développent ces applications de croissance exponentielle, qui peuvent ensuite être intégrées dans les entreprises existantes. Et tout repose sur le numérique! Il y a 20 ans, le numérique était un secteur à part de l'économie réelle, aujourd'hui tout est numérique.

Comme président du Réseau, un lobby qui représente les intérêts des start-up de la Health Valley lémanique, vous devez pourtant être enchanté de l'évolution de ces dernières années, avec le Campus Biotech, le Human Brain Project, les succès de Sophia Genetics ou d'ADC Therapeutics. Est-ce que ce n'est pas beaucoup déjà pour un petit pays?

Nous ne sommes pas un petit pays sur le plan économique, nous sommes un immense pays avec des multinationales comme Novartis, Roche, Nestlé, présentes dans les quatre coins du monde et nous

avons un tissu de PME très riche. Nous devons avoir des ambitions: les Etats-Unis, l'Asie et Israël créent le monde de demain, et l'Europe en est absente. Google, Apple, Facebook, Amazon et d'autres sont devenues en 20 ans les sociétés les plus puissantes du monde et veulent occuper tous les terrains, y compris la recherche et la santé... avec l'immortalité pour objectif.

Que vous inspire cette foi dans l'innovation?

Si je peux garantir à mes enfants qu'ils ne mourront pas du cancer, je trouve ça plutôt cool! Je me réjouis des perspectives dans le domaine de la santé: la médecine préventive et personnalisée, la possibilité pour le médecin d'analyser nos données à distance, tous ces progrès permettront de construire un vrai système de santé, alors que nous sommes maintenant plutôt dans un système de maladie centré sur les soins. Le médecin aura

de plus en plus ce rôle de nous aider à nous maintenir en bonne santé... Et dans l'idéal, cela devrait permettre de faire baisser les coûts!

Comment la numérisation peut-elle faire baisser les coûts de la santé?

Si la prévention se développe et qu'on peut prévenir au lieu d'intervenir, les coûts vont baisser. Cela même si, dans une première phase, il peut y avoir une petite inquiétude que la numérisation ait un impact négatif sur les coûts parce que tous ces algorithmes sont coûteux à développer. Mais déjà à court terme, si on peut éviter une thérapie, cela aura un impact très fort pour la réduction des coûts. C'est l'objectif.

Vous êtes invité à conclure le Congrès de H+ sur la marche du numérique: quel message essentiel souhaitez-vous faire passer?

Nous, politiciens, devons mettre en place des conditions-cadres pour développer des entreprises et des solutions innovantes qui nous permettent de répondre



Photo: Nadia Schweizer

aux défis du numérique. Et comment faire pour avoir des entreprises comme les entreprises israéliennes ou californiennes? C'est là mon message aux hôpitaux: pour avoir un système de santé efficace en Suisse, nous devons intégrer les innovations et nous devons devenir un pôle d'excellence en la matière, parce que nous aurons une meilleure qualité des soins et parce que ce sera plus bénéfique pour l'ensemble de notre population d'avoir des entreprises actives dans la santé et qui se portent bien. Or pourquoi avons-nous trop peu de start-up? Et comment peut-on développer en Suisse le système à start-up le plus efficace possible, pour être au niveau de la Silicon Valley, de la côte ouest, de Tel-Aviv, de Singapour, de tous ces pays qui construisent les entreprises de demain? Nous devons aider nos entreprises à trouver les fonds dont ils ont besoin et j'encourage les hôpitaux à collaborer plus avec les start-up, pour augmenter le poids de ces entreprises à l'avenir.

«Nous sommes restés au rythme du 20^e siècle, alors que toute une région du monde est partie à un rythme exponentiel.»

Le monde de la santé produit déjà des masses de données, partagez-vous les inquiétudes concernant l'utilisation de ces données à des fins commerciales ou le risque de discrimination que pourraient exercer les assureurs ?

Les assurances ont toujours cherché à couvrir de préférence les bons risques et je ne vois pas de problèmes à ce qu'elles influencent la responsabilité de leurs assurés dont elles connaissent certaines données, comme l'activité physique. Mais il est clair qu'il faut des garde-fous pour éviter les abus: la Suisse est en train de réviser la loi sur la protection des données et peut devenir exemplaire, alors que les Etats-Unis ne le sont pas. C'est une condition indispensable pour créer une relation de confiance entre tous. Cela passe par une transparence totale sur l'utilisation des données et par un engagement très fort de l'Etat, qui doit mettre des obligations et des garanties.

Vous êtes entré en politique en 2010 parce que vous aviez l'impression que la

Suisse était en train de rater le virage du numérique. Pourquoi ce retard est-il si difficile à combler?

Nous avons pris beaucoup trop de retard! Il y a une prise de conscience depuis deux ou trois ans, au niveau du Conseil fédéral en tout cas, mais tout va lentement dans le rythme de prise de décision et c'est embêtant. La formation et la recherche sont excellentes, notre tissu économique aussi, nos infrastructures, notre fédéralisme et notre stabilité politique sont une force, tout est là pour que notre pays reste solide mais notre système de décision est trop lent par rapport à la rapidité de l'évolution. Et nous sommes face à une révolution transversale, qui concerne tous les départements, alors que chacun ne voit que son secteur!

Sur le plan politique, quelles mesures préconisez-vous pour accélérer la numérisation?

Il faudrait un référent unique pour tous les départements de la Confédération. Le dossier électronique du patient, par exemple, concerne six départements au premier plan. Il y a bien un effort de coordination, avec un comité consultatif de la stratégie numérique qui réunit les sept départements régulièrement, mais ce n'est pas assez fréquent. Et comme chaque département est organisé en silo, il partage peu ses informations. Donc il faut attendre une réunion pour demander une information qu'on rechigne à nous donner. Il faudrait une équipe qui puisse gérer tous ces aspects en permanence! Je préconise donc soit de créer un secrétariat d'Etat au numérique, soit de confier tout le numérique à un conseiller fédéral, qui ait le lead pour prendre des décisions rapidement dans un univers qui évolue extrêmement vite. Mais ce serait une révolution et on n'en emprunte pas le chemin. Nous sommes restés au rythme du 20^e siècle, alors que toute une région du monde est partie à un rythme exponentiel, qui peut faire tomber un géant en moins de cinq ans.

Sur le plan économique, quelles mesures préconisez-vous pour créer un écosystème favorable aux start-up?

Il nous manque deux éléments pour développer un écosystème à start-up: plus de capitaux et plus de talents. Nous devons former plus d'ingénieurs et importer plus de gens bien formés grâce à une politique migratoire plus agressive. L'immigration

Fathi Derder, rédacteur en chef de l'AGEFI, conseiller national PLR, président du Réseau, Lausanne; info@derder.ch

Ökosystem für Start-ups entwickeln

Fathi Derder hielt am H+ Kongress 2017 das Abschlussreferat. Der FDP-Nationalrat ist Präsident der Organisation «Le Réseau», welche die Interessen von Start-ups des «Health Valley lémanique» vertritt. Der Rückstand der Schweiz angesichts des exponentiellen digitalen Wachstums beunruhigt ihn. Auf der ökonomischen Ebene fordert er, in der Schweiz ein für Start-ups förderliches Ökosystem zu entwickeln. Hierfür fehlen gemäss Derder noch zwei Elemente: mehr Risikokapital und mehr Talente. Das investierte Kapital steuerlich zu begünstigen und die Einkommenssteuer anzupassen, würden es erlauben, Sparkapital zu mobilisieren. Neben der Ausbildung von mehr Ingenieuren sollten mit einer offensiven Migrationspolitik mehr Gutausgebildete angezogen werden. In der Politik, die von langsamen Entscheidungsprozessen geprägt ist, plädiert er für ein starkes Leadership, sei es mit dem Aufbau eines Staatssekretariats für Digitalisierung oder indem in dieser Thematik ein Bundesrat die Führung übernimmt und rasche Entscheidungen treffen kann. Derder ermutigt zudem die Spitäler, enger mit Start-ups zusammenzuarbeiten, um das Gewicht dieser Unternehmen künftig zu steigern. ■

sélective n'est pas une immigration massive! Il faut en outre faciliter l'accès des start-up aux capitaux. Des capitaux étrangers pourquoi pas, mais on a de l'argent en Suisse: il y a 800 milliards de francs qui dorment dans les caisses de pension et sur les comptes d'épargne. Il faut confier ces montants à des fonds de placements, défiscaliser les capitaux investis, revoir l'impôt sur la fortune, bref il faut prendre des mesures pour augmenter le capital-risque, on ne peut pas juste attendre qu'il se passe quelque chose... ■

A lire: Fathi Derder, *Le prochain Google sera suisse (à 10 conditions)*, Editions Slatkine, Genève, 2015, 184 p.

28. Februar und 1. März 2018
KKL Luzern

Informationen und Anmeldung
trendtage-gesundheit.ch



Edouard Battegay

Klinikdirektor Innere
Medizin Universitäts-
Spital Zürich



Christopher Bensch

Director Strategy &
New Business
Development,
Philips AG Schweiz



Gerd Gigerenzer

Direktor Max Planck
Institute for Human
Development



Brigitte Tag

Dekanin Rechts-
wissenschaftliche
Fakultät Uni Zürich



#TGL2018

Hauptponsoren:



Sponsoren:



Modulare Weiterbildungen für Profis
im Gesundheits- und Sozialwesen
individuell – zielorientiert – praxisbezogen
www.careum-weiterbildung.ch

8. Februar 2018
Impulsnachmittag Umweltethik
in der Care Gastronomie

careum Weiterbildung

H+ Hospital Forum

Competence

Spital-Stellenportal
www.competence-hospitalforum.ch

**Die Stellen-Plattform für Kader und Fachkräfte
im Gesundheitswesen!**

- Ihre Stellenanzeigen bei den richtigen Zielgruppen
- Einfache Aufschaltung (PDF schicken)
- Kostengünstiges Angebot (CHF 550 pro PDF)
- Attraktive Möglichkeiten für zusätzliche Print-Publikation

Kundenberatung:

bw Medien AG | 8840 Einsiedeln | Telefon 055 418 82 00 | www.bwmedien.ch



Planification hospitalière

Les remèdes zurichois font tousser

Des médecins sélectionnés par le canton et seuls autorisés à opérer dans les établissements choisis par le canton?
Plusieurs hôpitaux toussent. – Par Marie-Claire Chamot

Le canton de Zurich a beaucoup donné le ton en Suisse. Son Groupeur de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) a fait école dans presque toute la Suisse et il a été le premier à conditionner certains mandats de prestations à la preuve d'une expérience suffisante. Au nom des coûts et de la sécurité des soins, le gouvernement zurichois veut renforcer ces mesures pour six groupes de prestations, en ajoutant cette fois comme condition un nombre de cas minimal par opérateur. Il a beau assurer que ces nouveaux seuils ne conduiront pas à une concentration supplémentaire des soins dans quelques établissements centralisés, la résistance fait tache d'huile. Les hôpitaux frondeurs craignent une généralisation des mesures prises à Zurich, avec des effets en cascade sur leur attractivité, leur capacité concurrentielle et leur survie, qu'ils jugent déjà menacées par le mouvement de concentration dû à la médecine hautement spécialisée, la priorité accordée à l'ambulatoire et la pression sur les tarifs.

La Suisse latine n'est pas à l'abri des remous et polémiques sur la centralisation. Mais, incités à la concertation plus qu'à la concurrence, ses hôpitaux de proximité ne sont pas encore entrés dans ce débat particulier. Vaud ouvre la discussion entre son hôpital universitaire et sa fédération d'hôpitaux régionaux. Les cantons de Genève, du Valais, du Jura et du Tessin ont réuni ou sont en train de réunir leurs hôpitaux publics dans des structures cantonales uniques. A Neuchâtel, c'est la population qui contraint le gouvernement à maintenir deux hôpitaux de soins aigus au lieu d'un hôpital centralisé dans le chef-lieu. Vu sa situation entre les hôpitaux universitaires de deux cantons voisins, l'hôpital fribourgeois est particulièrement concerné par la question des quotas minimaux, comme l'a montré cet été un face-à-face médiatique entre deux professeurs sur la sécurité des soins. Mais tous attendent avec intérêt l'issue du recours déposé par dix hôpitaux alémaniques. C'est elle qui donnera le ton cette fois-ci. ■



Marie-Claire Chamot,
rédactrice Competence

Zürcher Heilmittel verbreiten Husten

Der Kanton Zürich hat den Ton angegeben. Die Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) sind weitverbreitet. Nun sollen in sechs Leistungsgruppen auch Mindestfallzahlen pro Operateur gelten. Trotz der Bezeugung, dass diese zu keiner weiteren Konzentration führen werden, ist der Widerstand gross. Die betroffenen Regional-spitäler befürchten, dass die Massnahmen ausgeweitet werden, was die Attraktivität, Konkurrenz- und Überlebensfähigkeit beeinträchtigen würde. Sie fühlen sich bereits durch den ausgeweiteten Geltungsbereich der hochspezialisierten Medizin, die verstärkte Prioritätensetzung ambulant vor stationär sowie den Tarifdruck bedroht.

Auch in der lateinischen Schweiz ist Zentralisierung ein Thema. Aber da hier Koordinierung im Vordergrund steht, wurde die Debatte von den Regionalspitälern noch nicht aufgenommen. Der Kanton Waadt hat eine Diskussion zwischen dem Universitätsspital und der Vereinigung der Waadtländer Regionalspitäler eröffnet. Die Kantone Genf, Wallis, Jura und Tessin haben bereits oder sind daran, die öffentlichen Spitäler in kantonale Strukturen zu integrieren. In Neuenburg hat die Bevölkerung die Regierung dazu verpflichtet, zwei Akutspitäler anstelle eines Zentrumspitals beizubehalten. Angesichts der Position zwischen zwei Universitätsspitalern in zwei Nachbarkantonen, ist das Freiburger Spital besonders stark von Mindestfallzahlen betroffen, wie dies neulich zwei Professoren in einem Mediengespräch aufgezeigt haben. Aber alle Spitäler erwarten mit Interesse den Ausgang der Beschwerde, die von zehn Deutschschweizer Regionalspitälern eingereicht worden ist. ■

«Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.»

Überregulierung gefährdet bewährte regionale Spitalversorgung

Im Aargau und in der Zentralschweiz haben sich führende Regionalspitäler zusammengeschlossen und wehren sich gemeinsam gegen überbordende Regulierungen, welche die bewährte dezentrale Grundversorgung und etablierte Notfalldienste gefährden.

Von Daniel Schibler und Fortunat von Planta

Der Zusammenschluss «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.» wurde 2016 von Aargauer Regionalspitälern zur Wahrung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den Regionen des Kantons Aargau lanciert. Da auch die meisten Spitäler der Zentralschweiz sowie in Glarus die Gesundheitsversorgung gefährdet sehen, haben sie sich der Aargauer Initiative ebenfalls angeschlossen. Wie es aussieht, werden sich bald weitere Regionen – im Gespräch sind Zürich und Bern – der Vereinigung anschliessen, denn auch in diesen Gebieten ist die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ausserhalb der Zentren in Gefahr.

fenden Regulatorien ergebnisorientiert und weitergehende Vorschriften, wie z. B. die Strukturvorgaben aus dem Leistungsgruppenkonzept nach regionalen Gegebenheiten zu gestalten. Deshalb setzen sich die Regionalspitäler für folgende Massnahmen ein:

- Das starke und bewährte abgestufte Schweizer Versorgungssystem (Grund-, Schwerpunkt-/Zentrumsversorger, Universitätsspitäler) muss erhalten bleiben.
- Die strukturellen und personellen Anforderungen, die im Rahmen der Zuteilung der Leistungsaufträge an die Spitäler gestellt werden (z. B. Vorhaltezeiten, Fachqualifikationen) müssen pro Spitalkatego-

rie (Grund-, Schwerpunkt-/Zentrumsversorgung, Universitätsspitäler) differenziert werden. Heute werden diesbezüglich alle Spitäler über einen Leist geschlagen.

- Unsinnige administrative und fachliche Auflagen, die die Wirtschaftlichkeit gefährden und verhindern, dass Häufiges kostengünstig und zu guter Qualität in der Nähe des Wohnortes erbracht werden kann, müssen abgeschafft werden.
- Die HSM-Liste darf nicht ohne breite Diskussion und Vernehmlassung bzw. ohne Einbezug von mittleren und kleinen Leistungsanbietern von der ursprünglich diskutierten Liste abweichen und immer wei-

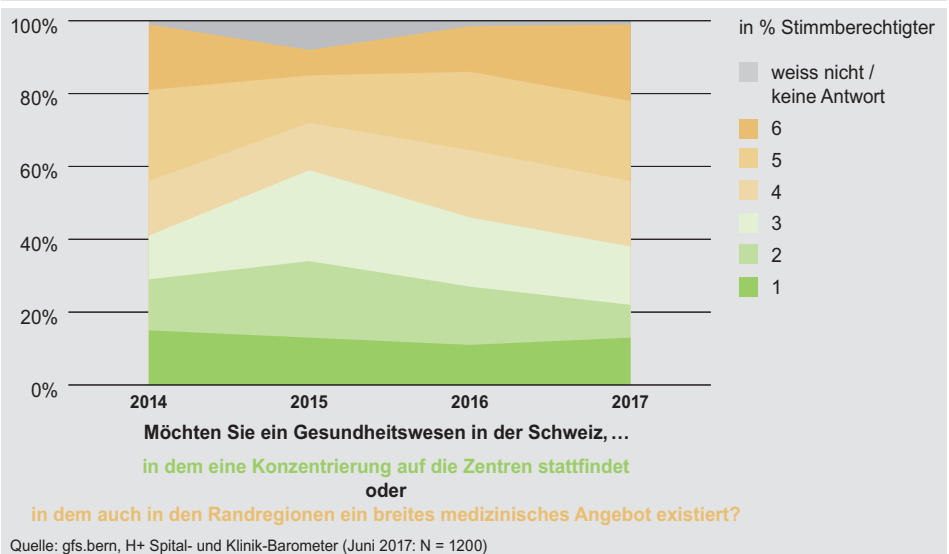
Strukturqualität statt Ergebnisqualität

Seit geraumer Zeit finden Entwicklungen statt, welche die bewährte und intakte regionale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährden. So werden die Spitäler mit immer mehr und immer engeren regulatorischen Bedingungen daran gehindert, die regionale Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im gewünschten Rahmen aufrechtzuerhalten.

Zwei Beispiele für diese einengende Überregulierung sind die Vorgaben der Interkantonalen Vereinbarung für die hoch spezialisierte Medizin (IVHSM) sowie die Vorgaben der kantonalen Spitalleistungsgruppenkataloge (SPLG). Diese sind vor allem an Strukturqualität statt an Ergebnisqualität orientiert. Für die Gesundheitsversorgung sind jedoch nicht praxisferne Vorgaben entscheidend, sondern das Ergebnis der an den Patienten erbrachten medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen. Um eine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung zum Wohle der Bevölkerung aufrechtzuerhalten, sind die übergrei-

Gesundheitswesen – Wünsche

«Bitte sagen Sie mir, was für ein Gesundheitswesen in der Schweiz Sie sich wünschen. Wenn Sie mit dem ersten Teil der Vorgabe übereinstimmen, wählen Sie die Zahl 1 oder nahe bei 1. Wenn Sie mit dem zweiten Teil der Vorgabe übereinstimmen, wählen Sie die Zahl 6 oder eine Zahl nahe bei 6.»



Laut dem H+ Spital- und Klinik-Barometer neigen die Stimmberechtigten tendenziell stärker zu einem breiten Angebot in Randregionen als im Vorjahr (61% mit Werten 4 bis 6, +7%).

tere Gebiete regulieren, die nicht zur hochspezialisierten Medizin gehören.

- IVHSM muss alle laufenden und geplanten Ausweitungen abbrechen und sich auf ihre Kernaufgabe konzentrieren. Der bestehende Strukturkatalog muss wieder auf die ursprünglich diskutierten und durchaus sinnvollen Bereiche zurückgeführt werden, um eine umfassendere Gesundheitsversorgung in den Regionen zu ermöglichen.

Regionalspitäler zentraler Pfeiler der Gesundheitsversorgung

Um diese Ziele zu erreichen, wird «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.» auf verschiedenen Kanälen aktiv werden und aufzeigen, dass die Regionalspitäler ein zentraler Pfeiler in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sind und einen substantiellen und bewährten Beitrag für die umfassende und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung in ihren Einzugsgebieten leisten.

Die Regionalspitäler arbeiten wirtschaftlich erfolgreich und bieten Leistungen in der Regel günstiger an als Universitäts- und Zentrumsspitäler. Immer neue Anforderungen und Regularien führen nicht automatisch zu mehr Patientensicherheit und Behandlungsqualität, sondern wirken sich kontraproduktiv auf die Versorgungssicherheit aus. Zentralisierung ist eben nicht gleichbedeutend mit Qualitätssteigerung. Eine Zentralisierung der Grundversorgung führt zudem unweigerlich zu einer erheblichen Kostensteigerung, da in den Zentren Kapazitäten geschaffen und damit Infrastruktur, die in den Regionen bereits vorhanden ist, auf- und/oder ausgebaut werden muss.

Mitglieder «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.»

Aargau: Spital Muri; ASANA Gruppe AG: Spital Menziken, Spital Leuggern; Gesundheitszentrum Fricktal; Spital Laufenburg

Zentralschweiz: Spital Einsiedeln; Spital Lachen; Spital Schwyz; Kantonsspital Uri; Kantonsspital Obwalden; Zuger Kantonsspital; Hirslanden-Gruppe: Klinik St. Anna, Andreasklinik; Kantonsspital Glarus ■

Info: www.regionalspitaeler.ch

Abnehmender Wettbewerb und Monopolbildung

Die aktuelle Gesundheitspolitik ist zurzeit leider teilweise von einer einseitigen Zentralisierungsdiskussion geprägt, gepaart mit der falschen Vorstellung, die Kosten würden dabei sinken und die Qualität steigen. Zentralisierung führt jedoch unweigerlich zu abnehmendem Wettbewerb, zu Monopolbildung und damit zu schlechteren Leistungen. Dies bei höheren Kosten, längeren Wartezeiten und zunehmender Anonymität der Patienten.

Zudem missachtet die unter dem reinen Kostenaspekt geführte Zentralisierungsdiskussion viele wichtige Argumente. So wird nicht miteinbezogen, dass zu einer raschen Gesundheitsversorgung sowie zu einer schnellen und optimalen Heilung Faktoren wie Nähe, Vertrautheit und übersichtliche Strukturen gehören. Eine Steigerung der Qualität wird dann erreicht, wenn Patientenzugänge zwischen den Institutionen der verschiedenen Versorgungsstufen gut koordiniert, Triagekriterien gemeinsam abgesprochen und die Zuweisungs- und Verlegungsprozesse verbindlich festgelegt sind. Dafür braucht es die Zusammenarbeit aller Institutionen innerhalb einer Versorgungsregion. Können mit einer solchen Zusammenarbeit auch noch Infrastrukturbedarf und Personalkompetenz koordiniert werden, würde dies eventuell sogar der Kostendruck abschwächen.

In geografischen Räumen denken

Die Gemeinschaft «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.» ist davon überzeugt, dass eine von der Bevölkerung gewünschte qualitativ hochstehende und professionelle medizinische Versorgung nur möglich ist, wenn die Gesundheitsversorgung in geografischen Räumen gedacht und geplant wird. In diesem Sinne verstehen sich die Spitäler in der Region als Teil einer bislang bewährten und gut funktionierenden Versorgungskette, angefangen vom Hausarzt über die Regionalspitäler, die Kantonsspitäler bis hin zu den Universitätsspitälern. Diese bewährte Kette darf im Interesse einer optimalen Versorgung der Bevölkerung nicht zerstört werden. Mit anderen Worten: Es geht also darum, bei der Diskussion und Planung der zukünftigen Gesundheitsversorgung wieder vermehrt die Bedürfnisse der Bevölkerung nach einer raschen, vertrauten und nahen medizinischen Betreuung zu berücksichtigen. ■



Daniel Schibler, Direktor Asana Spital, Menziken; info@spitalmenziken.ch



Fortunat von Planta, Direktor Kantonsspital Uri, Präsident der Spitäler Zentralschweiz; info@ksuri.ch

Beide sind Mitglied der Vereinigung «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region.».

La proximité, c'est la santé

Les hôpitaux argoviens ont lancé en 2016 une opération intitulée «Nähe schafft Gesundheit. Ihr Spital in der Region», en traduction libre «La proximité, c'est la santé. Votre hôpital dans la région». Objectif: préserver la couverture sanitaire de la population dans les diverses régions du canton d'Argovie. Comme la plupart des hôpitaux de Suisse centrale et de Glaris jugent eux aussi la couverture sanitaire menacée par une réglementation excessive, ils se sont associés à l'alliance argovienne. D'autres régions sont susceptibles de les rejoindre bientôt – Berne et Zurich sont notamment en discussion. Les hôpitaux régionaux veulent montrer qu'ils sont un pilier central de la couverture sanitaire. Ils travaillent avec succès sur le plan économique et offrent en général des prestations moins coûteuses que les grands hôpitaux centralisés, universitaires ou non. Ajouter toujours de nouvelles exigences et réglementations n'améliore pas automatiquement la sécurité des patients et la qualité des traitements, mais agit de façon contreproductive sur la garantie de couverture sanitaire. Une médecine de haute qualité, comme le souhaite la population, n'est possible que si la couverture sanitaire est pensée et prévue dans toutes les régions géographiques.

Autrement dit, il faut à l'avenir de nouveau mieux tenir compte des besoins de la population, qui souhaite une prise en charge médicale de proximité, rapide et sûre. ■

Mindestfallzahlen

Qualitätsanforderungen dienen dem Patienten und sind keine Schikanen

Mindestfallzahlen pro Spital haben sich im Kanton Zürich seit 2012 bewährt. Mit gezielten Mindestfallzahlen pro Operateur lässt sich die Behandlungsqualität weiter verbessern, ganz im Sinn der Patientinnen und Patienten. – Von Thomas Heiniger

«Die Diskussionen um Mindestfallzahlen werden derzeit mit zum Teil völlig absurden Argumenten geführt, die nichts mit der wissenschaftlichen Evidenz zu tun haben», konstatierte der Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Daniel Scheidegger, vor kurzem. Ob der ehemalige Vorsitzende des HSM-Fachorgans damit auch die aktuelle Debatte im Kanton Zürich und um die Spitalplanung des Kantons Zürich gemeint haben könnte?

Mit der Fallzahl steigt die Qualität

Der Kanton Zürich hat mit der Spitalplanung und der Spitalliste 2012 als erster Kanton Mindestfallzahlen für einzelne medizinische Eingriffe festgelegt. Sie bilden

eine wichtige Qualitätsanforderung für die Zürcher Listenspitäler. Denn grundsätzlich gilt: Mit steigender Fallzahl steigt die Qualität der Behandlung und sinkt das Risiko, dass bei einem Eingriff Fehler passieren.

Sinkende Mortalitätsrate und weniger stark ansteigende Fallkosten

Mit jährlich zehn Fällen pro Spital und Behandlung wurden die Mindestfallzahlen 2012 vorerst bewusst niedrig festgelegt. Sie gelten seither für knapp 30 verschiedene stationäre Eingriffe und haben sich hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit positiv ausgewirkt. Dies konnte die Gesundheitsdirektion in einer fundierten Analyse aufgrund der Erfahrungen der ersten vier Jahre aufzeigen: So sank die Mortalität

zwischen 2012 und 2015 bei Behandlungen mit Mindestfallzahlen mehr als doppelt so stark wie bei Behandlungen ohne Mindestvorgaben; und die Fallkosten stiegen bei Behandlungen mit Mindestfallzahlen rund dreimal weniger stark als in den übrigen Bereichen.

Mindestfallzahlen haben sich von 2012 bis 2015 hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit positiv ausgewirkt.

Übung macht den Meister – dieser allgemeine Grundsatz gilt aber nicht nur mit Blick auf das einzelne Spital bzw. das Untersuchungs-, Behandlungs- und Pflegeteam, sondern auch für den einzelnen Arzt. Zahlreiche Studien belegen, dass sich die Behandlungsqualität durch eine Verbindung von Mindestfallzahlen pro Spital mit Mindestfallzahlen pro Operateur weiter verbessern lässt; in ihrem Gutachten «Mindestfallzahlen im akutstationären Bereich» hat das die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) 2016 untermauert. Auch für das Bundesverwaltungsgericht ist der Zusammenhang evident; entsprechend hielt es unlängst fest: «Es ist gerichtsnotorisch, dass die Erfahrung des Arztes und seines Teams mit der Anzahl von erledigten Fällen wächst. Mindestfallzahlen dienen unbestrittenermassen der Qualitätssicherung.»

Gelegenheitsoperationen verhindern

Der Kanton Zürich setzt diese Erkenntnisse auf das Jahr 2019 für die Spitäler auf der



Ab 2019 müssen Listenspitäler in definierten Bereichen auch Mindestfallzahlen pro Operateur einhalten.

Zürcher Spitalliste um. So hat der Regierungsrat gezielt für sechs Leistungsgruppen auch Mindestfallzahlen pro Operateur definiert. Die Werte liegen zwischen 10 und 50 Fällen pro Jahr und sind damit ebenfalls bewusst tief angesetzt. In dieser Form und Höhe führen die Vorgaben pro Operateur denn auch nicht, wie teilweise suggeriert, zu eigentlichen Spitalkonzentrationen, sondern verhindern in erster Linie Gelegenheitsoperationen. Denn nicht mehr zugelassen sein werden Operateure, denen eine minimale Routine und Erfahrung zur Durchführung der betreffenden Operation fehlt. In solchen Fällen ist nach Einschätzung der Gesundheitsdirektion die Patientensicherheit höher zu gewichten als das Interesse der Spitäler an einem möglichst diversifizierten Angebot.

Mit Selbstverantwortung und Controlling keine Mengenausweitung

Bemerkenswert ist, dass gerade einzelne Spitaldirektoren und Ärzte als Argument gegen Mindestfallzahlen pro Operateur ins Feld führen, solche Vorgaben könnten einen Arzt in Versuchung führen, mehr als nötig zu operieren. Wo bleibt da die (Selbst-)Verantwortung der Ärzteschaft und Leistungserbringer? Der Kanton jedenfalls wird den Spitalern und Ärzten, die – wie sie selber in den Raum stellen – zur Erreichung von Mindestfallzahlvorgaben unnötige Eingriffe zum Nachteil des Patienten (Übersorgung, Fehlversorgung) vornehmen, im Rahmen des Indikations- und Qualitätscontrollings entgegenwirken.

Bewusst tief angesetzte Mindestfallzahlen pro Operateur führen nicht zu Spitalkonzentrationen, sondern verhindern in erster Linie Gelegenheitsoperationen.

Transparenter Prozess

Zürich setzt bei der kantonalen Spitalplanung seit Beginn an auf Transparenz im Prozess und auf fachliche Abstützung. So wurde das Leistungsgruppenkonzept im Rahmen der Spitalplanung 2012 unter Bezug von über 100 Fachexperten erarbeitet. Bereits im Strukturbericht 2011 wurde im Zusammenhang mit der Einführung der

Mindestfallzahlen pro Spital festgehalten, dass die Gesundheitsdirektion die ersten Erfahrungen analysieren wird. Bei positiven Resultaten sei geplant, «die bestehenden Mindestfallzahlen anzupassen sowie die Einführung weiterer Mindestfallzahlen zu prüfen». Dies kommt nun mit dem ergänzenden Instrument von Mindestfallzahlen pro Operateur zum Tragen. Die vorgesehenen Änderungen kündigte der Regierungsrat bereits Mitte 2016 an. Gleichzeitig führte die Gesundheitsdirektion umfassende Hearings mit Fachexperten der Spitäler durch. Gestützt auf deren Beurteilungen erfolgte die Vernehmlassung zu den konkret geplanten ergänzenden Anforderungen.

«Regulierungswut» des Kantons versus ökonomische Interessen der Spitäler

Mit andern Worten: Die erfahrungsgestützte Überzeugung im Kanton Zürich, dass Mindestfallzahlen ein sinnvolles Instrument sind, wird in der Regel von den Fachärzten aus den betroffenen Disziplinen geteilt; genauso wie von zahlreichen Leistungserbringern im Kanton und von Patientenstellen, die die Regelungen begrüßen. Anders beurteilen es jene Spitäler, die gegen den Regierungsratsbeschluss Beschwerde führen. Sie sehen darin insbesondere «Regulierungswut» und ein «Aufblähen der Bürokratie». Letzteres lässt sich leicht entkräften: Die Spitäler erfassen die Operationen ihrer Ärzte sowieso – allein schon aus ureigenem Interesse. Zusätzlich wird also nur die Übermittlung der Daten an den Kanton nötig. Dazu reicht eine einfache Programmierung – mit der laufenden medizintechnischen Entwicklung kommen die Zürcher Spitäler jeweils auch höchst kompetent klar. Das «Regulierungs»-Argument stellte der «Tages-Anzeiger» in den Kontext der «ökonomischen Interessen» der Spitäler und analysierte: «Sie wollen keine Leistungsaufträge verlieren, weil das weniger Patienten und weniger Einnahmen für sie bedeuten würde.»

Patient will Sicherheit

Wie auch immer – am Schluss entscheidet der Patient. Und der will Sicherheit. Für Spitäler ist es daher empfehlenswert, Mindestfallzahlen nicht als Schikane der Politik zu bekämpfen, sondern als eines von mehreren qualitätsfördernden und -sichernden Elementen zur eigenen und eigenständigen Positionierung im Markt zu nutzen. ■



Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat,
Gesundheitsdirektor Kanton Zürich;
thomas.heiniger@gd.zh.ch

La méthode a déjà fait ses preuves

Dans sa planification et sa liste hospitalière 2012, le canton de Zurich a été le premier à fixer des nombres de cas minimaux pour certaines interventions médicales. Avec 10 cas annuels par hôpital et par traitement, les seuils sont bas. Ils sont en vigueur depuis lors pour près de 30 interventions stationnaires et ont eu un effet positif, assure le conseiller d'Etat Thomas Heiniger. Entre 2012 et 2015, le taux de mortalité a diminué plus de deux fois plus dans les traitements soumis à des seuils minimaux que dans les autres traitements. Et les coûts par cas ont augmenté environ trois fois moins que dans les autres secteurs.

De nombreuses études démontrent que la qualité des soins peut encore être améliorée en liant le nombre de cas minimal par hôpital à un nombre de cas minimal par opérateur. Le canton de Zurich applique ces conclusions pour l'année 2019 aux hôpitaux de sa liste. Dans ce but, le Conseil d'Etat a défini des nombres de cas minimaux par opérateur pour six groupes de prestations. Les seuils sont sciemment fixés bas, entre 10 et 50 cas par an. Sous cette forme et à ce niveau, ces exigences ne conduisent pas à des concentrations hospitalières, mais empêchent en premier lieu les opérations occasionnelles. Les chirurgiens sans une routine minimale et une expérience suffisante pour conduire une opération n'y seront plus autorisés. Dans de tels cas, la sécurité du patient a plus de poids que l'intérêt des hôpitaux à diversifier le plus possible leur offre, juge le conseiller d'Etat. ■

Neue Spitalliste gefährdet die regionale Versorgung

Gemäss der IG Primärspitäler sollen unter dem Vorwand der Qualitätssteigerung und Kostenreduktion im Kanton Zürich neu Mindestfallzahlen pro Operateur eingeführt werden. Die Primärspitäler zeigen auf, welche Folgen sie befürchten. – Von Matthias Pfammatter

Gewiss hat der Kanton Zürich in vielerlei Hinsicht Vorzeigecharakter. Und was im Kanton Zürich gemacht wird, setzen viele andere Kantone ebenfalls um. Nun scheint es aber, dass die Gesundheitsdirektion übers Ziel hinausgeschossen ist. Auf ihren Antrag hin hat der Regierungsrat jüngst beschlossen, die Spitallisten bereits auf den Beginn des kommenden Jahres respektive per 1. Januar 2019 anzupassen. Dies obwohl die heutige Spitalplanung auf Grundlagen beruht, die bis ins Jahr 2020 Gültigkeit hätten. Unter diesen Voraussetzungen wurden die entsprechenden Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern abgeschlossen. Und auf dieser Basis erfolgte

auch die langfristige Planung der personellen, materiellen und finanziellen Ressourcen in den Spitälern.

Wirtschaftliche Basis wird untergraben

Infolge der seit 2012 geltenden Spitalfinanzierung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG) müssen mit den Leistungspauschalen (KVG-Vergütungen) auch die Investitionen finanziert werden. Der Leistungsauftrag bestimmt die von den Spitälern für die Investitionen kalkulierten Einnahmen. Kurzfristige Änderungen des Leistungsauftrags müssen daher die Ausnahme bilden, sachlich klar begründet werden und eine gewisse Dringlichkeit haben.

Mit dem Erlass neuer Spitallisten wird die wirtschaftliche Basis und die Investitionssicherheit der Spitälern jedoch untergraben. Dies vor allem deshalb, weil die Planbarkeit für die betroffenen Spitälern stark beeinträchtigt wird. Wenn die Regeln während des Spiels geändert werden, wird es schwierig, im Spiel zu bleiben.

Was Vielen nicht bewusst ist: Es können aufgrund der Mindestfallzahlen oder weiterer Voraussetzungen laufend Leistungsaufträge verloren gehen, neue dazugewinnen kann das Regionalspital kaum. Dies hat zur Folge, dass das Leistungsangebot für die regionale Versorgung laufend ausgedünnt wird und im Extremfall der me-



Mindestfallzahlvorgaben sind gemäss IG Primärspitäler dazu geeignet, die Regionalspitälern zu «Notfallstationen mit Zusatzleistungen» zu degradieren.

dizinische Fortschritt der Bevölkerung nur in den städtischen Zentren zu Gute kommt. Es ist so kaum möglich, auf veränderte Bedürfnisse der Bevölkerung nach Gesundheitsleistungen einzugehen.

Mindestfallzahlen: Stein des Anstosses

Einer der Hauptkritikpunkte am Erlass der Zürcher Regierung ist, dass neu Mindestfallzahlen pro Operateur in einzelnen Leistungsgruppen eingeführt werden sollen. Als Grund für die Einführung dieses neuen Parameters werden die Qualitätssteigerung und die Wirtschaftlichkeit angeführt. Das Argument tönt zwar plausibel, den Beweis für diese Annahmen bleibt die Gesundheitsdirektion jedoch schuldig. Unklar ist auch, wie diese Mindestfallzahlen erhoben werden müssen und welche Regeln im Detail Gültigkeit haben. Es ist aber zu befürchten, dass damit eine weitere administrative Belastung auf die Operateure und Spitäler zukommen wird. Kostensenkend wird sich dies bestimmt nicht auswirken. Das Argument der Qualität und Wirtschaftlichkeit greift nur bei hochspezialisierten Eingriffen, z. B. bei der Herzchirurgie, nicht aber bei den betroffenen Leistungsgruppen gemäss dem Beschluss der Zürcher Regierung.

Zentralisierungsschub zu erwarten

Mit der Einführung der Mindestfallzahlen ist zudem zu erwarten, dass eine weitere Welle der Zentralisierung ausgelöst wird. Patienten und Ärzte werden sich im Zweifelsfall für das Zentrumsspital und gegen das Regionalspital entscheiden. Dies wird nicht nur Auswirkungen auf die Personalrekrutierung und die Patientenströme haben, sondern auch zu einer Schwächung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung führen.

Mit den neuen Spitalisten wird die wirtschaftliche Basis und die Investitions-sicherheit der Spitäler untergraben.

Nicht von der Hand zu weisen ist auch die Tatsache, dass die Massnahme ein massiver Eingriff in die Erwerbstätigkeit bzw. in die Wirtschaftsfreiheit der Ärzte im Sinn eines faktischen Berufsverbots darstellt. Wenn spezialisierte Ärzte nur noch in bestimmten, vom Kanton ausgewählten Spitä-

lern tätig sein können, läuft dies schliesslich auf eine Verhinderung der Berufsentfaltung sowie der fachlichen Weiterentwicklung hinaus. Dem Anliegen einer qualitativ hochstehenden regionalen Gesundheitsversorgung läuft dies diametral entgegen. Die zentrale Frage lautet: Ist das im Sinne der Patienten und wirkt die zunehmende Zentralisierung kostendämpfend? Gemäss der jüngst veröffentlichten repräsentativen Umfrage, dem H+ Spital- und Klinik-Barometer, wünscht die Bevölkerung eine starke, regional verankerte Spitalversorgung. Ausserdem zeigt der jährlich von der Zürcher Gesundheitsdirektion veröffentlichte Fallkostenvergleich, dass die Kosten in Zentrumsspitalern deutlich höher liegen als in den regionalen Spitälern.

Regionalspitäler reichen Beschwerde ein

Naturgemäss sind von den beschlossenen Massnahmen vor allem die Regionalspitäler betroffen. Während die Zentrumsspitäler die Fallzahlen problemlos erreichen und mit einer höheren Baserate kalkulieren können, besteht bei den Regionalspitälern die Gefahr, einzelne Leistungsgruppen zu verlieren. Die Patientenströme würden sich in eine andere Richtung bewegen und ein schwer zu durchbrechender Abwärtstrend würde einsetzen. Die Massnahme ist geeignet, die Regionalspitäler zu «Notfallstationen mit Zusatzleistungen» zu degradieren.

Weil die Massnahme aber auch juristisch auf tönernen Füüssen steht, haben die Regionalspitäler im Kanton Zürich beschlossen, beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde gegen den Beschluss der Regierung einzureichen.

Wenn das Beispiel Schule macht

Die Beschwerde ist auch deshalb gerechtfertigt, weil die Anknüpfung der Mindestfallzahlen an den Operateur anstelle des Listenspitals bzw. des Leistungserbringers im Planungs- und Vergütungssystem nach KVG systemwidrig ist. Die Frage wäre berechtigt, welche Überraschung als nächstes auf die Regionalspitäler warten würde. Aber auch der Umstand, dass vor Ablauf der laufenden Vereinbarung und ohne eine Gesamtstrategie, die dem Beschluss zugrunde liegt, nun einzelne Massnahmen herausgeplückt und umgesetzt werden, ist nicht vertrauenserweckend. Missstände, die ein rasches Eingreifen erforderlich gemacht hätten, wurden jedenfalls nicht angeführt und sind auch nicht erkennbar. Es



Matthias A. Pfammatter, Direktor See-Spital Horgen/Kilchberg, Mitglied IG Primärspitäler; matthias.pfammatter@see-spital.ch

Des hôpitaux régionaux déclassés

Les listes hospitalières du canton de Zurich seront adaptées début 2018 et 2019, alors que la planification actuelle est en principe valable jusqu'en 2020. Selon la communauté d'intérêt qui réunit les hôpitaux de soins aigus de base, cette mesure touche fortement la planification des hôpitaux concernés. L'un des principaux points critiques est l'introduction de nouveaux nombres de cas minimaux par opérateur dans certains secteurs définis. Il y a lieu de craindre une charge administrative accrue ainsi qu'une nouvelle vague de centralisations. En cas de doute, les patients et les médecins opteront pour l'hôpital centre et contre l'hôpital régional. Cela ne sera pas sans effet sur le recrutement du personnel et les flux de patients, et cela conduira à un affaiblissement de la formation de base et postgraduée des médecins. Limiter l'activité de médecins spécialisés à certains hôpitaux choisis par le canton constitue une intervention massive dans leur activité professionnelle et leur liberté économique. Et les hôpitaux régionaux seraient dégradés en services d'urgences avec prestations complémentaires au mépris des patients, qui souhaitent une offre hospitalière dans leur région. ■

ist unklar, welche langfristige Strategie der Kanton insbesondere in Bezug auf die regional verankerten Spitäler verfolgt.

Es dürfte sich somit für andere Kantone lohnen, nicht dem Beispiel des Kantons Zürich nachzueifern und die bewährte, qualitativ hochstehende regionale Gesundheitsversorgung nicht ohne Not aufs Spiel zu setzen. ■

Spitalplanung

Graubünden lehnt Mindestfallzahlen ab

Die qualitätsfördernde Wirkung von Mindestfallzahlen ist bis auf wenige Ausnahmen nicht belegt. Der Kanton Graubünden lehnt daher entsprechende Bundesvorgaben ab.

Von Christian Rathgeb

Mit einer Anpassung der Verordnung über die Krankenversicherung soll die Erteilung von Leistungsaufträgen durch die Kantone an die Bedingung geknüpft werden, dass die Spitäler in den entsprechenden Leistungsgruppen national definierte Mindestfallzahlen erreichen. Der Kanton Graubünden lehnt dieses Ansinnen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) entschieden ab.

Keine bessere Ergebnisqualität

Bis auf wenige hochspezialisierte Eingriffe, wie etwa Transplantationen, liegen keine wissenschaftlichen Nachweise für eine signifikante Erhöhung der Outputqualität bei höheren Fallzahlen vor. Die in der Medizin geforderte Evidenz der qualitätsfördernden Wirkung von Mindestfallzahlen ist mit Ausnahme weniger hochspezialisierter Eingriffe nicht belegt. Entsprechend hat sich die Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie letztmals 2016 klar gegen die Einführung von Mindestfallzahlen ausgesprochen, weil sie keine Verbesserung der Ergebnisqualität garantieren. Diese Haltung wird durch Messungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) bestätigt. Diese haben ergeben, dass sowohl bei Spitälern mit wenigen als auch mit vielen Eingriffen eine gute bzw. eine ungenügende Qualität zu verzeichnen ist.

Eingriff in die kantonale Autonomie

Eine verbindliche Vorgabe an die Kantone, Leistungsaufträge an die Spitäler nur zu erteilen, wenn diese die vom Bund vorgegebenen Mindestfallzahlen erreichen, würde einen massiven Eingriff in die bewährte föderalistische Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen bedeuten. Dies steht

im Widerspruch zu den beschränkten Kompetenzen und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen, die dem Bund in der Bundesverfassung eingeräumt werden. Eine Regelung bloss auf Verordnungsstufe genügt folglich nicht.

Versorgungssicherheit in dezentralen Systemen gefährdet

Verbindliche Mindestfallzahlen würden das durch die Weitläufigkeit des Kantons Graubünden bedingte Konzept der dezentralen Gesundheitsversorgung im Spitalbereich massiv beeinträchtigen bzw. fundamental in Frage stellen. Es wäre zu befürchten, dass sich kein Chirurg mehr für eine Stelle in einem Spital ohne einen breiten Leistungsauftrag interessieren würde.

Peripherie: Verschlechterte Qualität in der Notfallversorgung

Durch Mindestfallzahlen würde sich auch die Qualität der Notfallversorgung verschlechtern, da ohne einen entsprechenden Leistungsauftrag die in den kleineren Spitälern tätigen Chirurgen keine Erfahrungen mehr im Routinebetrieb sammeln könnten. So könnten Mindestfallzahlen in der Orthopädie zur absurden Situation führen, dass eine elektive geplante einfache Hüftoperation unter besten geplanten Tagbedingungen nicht mehr durchgeführt werden dürfte, in einer Notfallsituation dieser Eingriff aber unter schlechteren Bedingungen vorgenommen werden dürfte bzw. müsste.

Gewährleistung optimaler Qualität auch in kleinen Spitälern unabdingbar

Es steht ausser Frage, dass die Regionalspitäler ihre Leistungen in optimaler Qualität erbringen müssen, um ihr heutiges Leis-



Christian Rathgeb, Regierungsrat, Departement für Justiz, Sicherheit und Gesundheit Graubünden, Chur; christian.rathgeb@djsg.gr.ch

Sérieuses menaces sur la couverture médicale

Conditionner l'octroi de certains mandats de prestations hospitalières à l'obligation d'atteindre des nombres minimaux de cas définis au niveau national? Le canton des Grisons rejette catégoriquement l'idée de l'Office fédéral de la santé publique d'adapter en ce sens l'ordonnance d'application de l'assurance-maladie.

A part pour quelques interventions hautement spécialisées, comme les transplantations, il n'y a pas de preuve scientifique qu'un nombre plus élevé de cas dans un hôpital améliore significativement la qualité des résultats. Obliger les cantons à soumettre leurs hôpitaux à de tels quotas signifierait un interventionnisme massif dans la répartition fédéraliste des tâches entre les cantons et la Confédération, qui a pourtant fait ses preuves.

Dans le canton des Grisons, on pourrait craindre que plus aucun chirurgien ne soit intéressé à exercer dans un hôpital qui ne dispose pas d'un large mandat de prestations. Avec de telles prescriptions, la qualité des prises en charge en urgence serait péjorée, parce que les chirurgiens actifs dans les plus petits hôpitaux ne pourraient plus acquérir d'expérience dans leur activité quotidienne. ■

tungsspektrum aufrecht zu erhalten. Qualität ist aber nicht durch Mindestfallzahlen vorzugeben bzw. zu erreichen. Qualität ist vielmehr – wie heute in vielen Bereichen der Fall – durch spezifische Vorgaben und Messungen sicherzustellen. ■

Service aux patients de Suisse occidentale

Fixer des critères clairs et évaluer les résultats

Dans l'intérêt des patients, Rebecca Ruiz espère que le débat débouchera sur une évaluation des mesures et une transparence accrue. – Interview par Marie-Claire Chamot

Que pensez-vous des intentions du canton de Zurich?

Sa méthode de planification est basée sur la demande: le canton lance un appel d'offres pour répondre aux besoins et répartit les prestations entre les hôpitaux, publics et privés. La plupart des cantons appliquent cette méthode, mais Vaud et Genève ont une planification basée sur l'offre. Zurich veut rapprocher les deux systèmes: prendre la demande en compte tout en limitant l'offre par le biais de ces quotas par médecin. Ce débat n'a pas encore touché la Suisse romande, mais cela pourrait arriver puisque Fribourg et d'autres cantons s'inspirent déjà du modèle zurichois.

Etes-vous favorable à la centralisation de certaines prestations spécialisées?

Il est indispensable qu'un médecin ait une certaine pratique pour assurer la qualité des traitements. C'est en particulier vrai pour la médecine hautement spécialisée et pour certaines prestations spécialisées. Il est dès lors important de développer des pôles de compétences, qui réalisent une masse critique suffisante d'opérations pour garantir la qualité, l'expérience et la formation, et qui remplissent des standards internationaux tels que des équipes de recherche. Je suis favorable à une certaine centralisation, mais je vois un danger dans l'imposition de quotas d'actes aux médecins. Sans garde-fous, cela pourrait générer des star-systèmes avec des super-médecins qui se déplacent d'un hôpital à l'autre en gagnant des salaires mirobolants.

Les patients préfèrent-ils des hôpitaux spécialisés ou des hôpitaux régionaux proches de chez eux?

Les préférences des patients reposent sur des critères extrêmement subjectifs. Certains sont rassurés par le côté «familial» des hôpitaux régionaux, d'autres par la technologie très pointue des grandes infrastructures. Mais pour une opération relativement compliquée, que se passe-t-il si l'hôpital ne peut pas faire face à toutes les complications? Le patient sera dans ce cas redirigé vers un hôpital plus spécialisé. Il y aura donc une prise en charge double, ce qui augmentera les actes médicaux subis par le patient et contribuera à augmenter les coûts. Il est par conséquent préférable de confier des opérations potentiellement délicates à des hôpitaux qui peuvent faire face à toutes les complications possibles même s'ils sont un peu plus chers. En Suisse, les assurés paient beaucoup pour les primes d'assurances et la participation aux soins, ils sont en droit d'attendre des hôpitaux dans lesquels ils se font opérer toutes les compétences et l'expérience nécessaires.

Par contre, pour la période de réadaptation, les patients doivent pouvoir séjourner dans des établissements proches de chez eux, là où ils pourront recevoir des visites de leurs proches et là où des plateaux techniques simples seront suffisants.

La concentration peut donc contribuer à diminuer les coûts?

En terme d'efficacité, de coûts et pour le bien-être des patients, nous avons intérêt à développer des pôles de compétences, mais il ne faut en aucun cas déposséder les hôpitaux régionaux de toutes leurs compétences. Les hôpitaux doivent entendre que les cantons leur imposent un nombre minimal de prestations.



Rebecca Ruiz, présidente du Service aux patients de Suisse occidentale, conseillère nationale PS, Lausanne; www.rebeccaruiz.ch

Mehr Transparenz für die Patienten

Gemäss Rebecca Ruiz, Präsidentin der Patientenstelle Westschweiz, ist bezüglich Kosteneffizienz und im Interesse der Patienten die Entwicklung von Kompetenzzentren zu begrüssen. Die Regional-spitäler müssen verstehen, dass die Kantone ihnen Regeln zu Mindestzahlen auferlegen, wobei ihnen aber nicht alle Verantwortlichkeiten entrissen werden sollten. Die Fixierung einer minimalen Anzahl von Fällen pro Operateur erachtet sie als riskant, weil diese zu Systemen von Top-Ärzten führen könnte, die sich mit überhöhten Salären von einem Spital zum anderen bewegen. Ruiz erhofft sich von der in der Deutschschweiz entfachten Debatte mehr Transparenz mit klaren Indikatoren und einer kontinuierlichen Evaluation der Ergebnisse. ■

Qu'attendez-vous de ce débat?

J'espère que des évaluations seront faites, aussi du point de vue des patients. Il faudra observer si le nombre d'erreurs médicales ou de complications diminue avec cette mesure. Quand on veut instaurer de nouvelles mesures au nom de la sécurité des patients et de l'efficacité des soins, les patients attendent que des indicateurs clairs soient posés au départ et qu'ils soient évalués ensuite. Il faut un monitoring continu pour déterminer si les actions déploient les effets souhaités et à quel coût. En outre, après un ou deux ans, il faudra analyser le taux de rotation des médecins et mesurer les transferts de leurs activités ainsi que la question sensible de leurs salaires dans un tel système. ■

Swiss Medical Network SA

«La spécialisation n'est pas forcément synonyme de centralisation»

Administrateur délégué du groupe privé Swiss Medical Network SA, Antoine Hubert prône plus de concurrence, plus de transparence et moins de réglementations. Et les hôpitaux se spécialiseront d'eux-mêmes, assure-t-il. – Interview par Marie-Claire Chamot

Que pensez-vous des intentions du canton de Zurich et de la centralisation de certaines prestations spécialisées?

J'ai toujours été opposé à la centralisation, mais par contre partisan d'une mise en réseau des compétences. La centralisation est mauvaise pour tout et partout, pas seulement pour les hôpitaux: les décisions ne se prennent plus, on crée des monstres avec quinze niveaux hiérarchiques qui se sclérosent complètement. Mais la spécialisation n'est pas forcément synonyme de centralisation! On ne peut pas maintenir toutes les prestations dans tous les hôpitaux, par contre on peut très bien spécialiser les hôpitaux régionaux dans des domaines très pointus.

Exiger un quota de cas par chirurgien ne mènerait donc pas forcément à une centralisation?

Les quotas par chirurgien et les règlements édictés par l'état ne sont pas une solution. Dans un système concurrentiel, il n'y a pas

besoin de réglementer pour que les gens se spécialisent! On sait qu'on ne peut pas tout faire bien: il faut faire très bien certaines spécialités pour emporter le marché. Dans toutes les spécialités médicales, il y a des organisations professionnelles qui publient des guidelines et délivrent des certifications. La spécialisation peut se faire en multisite, en mutualisant les processus et en organisant des colloques par téléconférence, par exemple. On pourrait donc avoir des hôpitaux régionaux qui combinent les prestations de base avec une offre spécialisée en fonction de leur équipe, de leurs équipements, etc.

Avec des médecins qui se déplaceraient d'un site à l'autre?

En principe, ce sont plutôt les patients qui vont se déplacer... Et le nombre de sites dépendra évidemment des pathologies. Pour des opérations fréquentes comme celles de la cataracte, il peut y avoir plusieurs centres

en Suisse qui occupent plusieurs médecins. Ce ne sera pas le cas pour des opérations plus rares, pour lesquelles un petit nombre de centres et de médecins sera suffisant. Mais il faut simplement laisser faire la concurrence et favoriser les ratings des médecins: si on avait un Trip Advisor dans la médecine, on aurait moins besoin de règlements! La concurrence favorise la transparence, et les patients s'orienteraient d'eux-mêmes vers les médecins les plus expérimentés. Mais il faut qu'ils soient correctement informés, ne serait-ce que sur le nombre d'opérations effectuées par chaque chirurgien dans les spécialités qui les concernent.

La centralisation ne permettrait-elle pas de baisser les coûts de la santé?

Non. Les petits établissements seront toujours plus agiles et efficaces. Il faut déjà mieux communiquer et avoir de la souplesse dans la nomenclature et les normes. Par exemple, les soins intensifs ne sont presque plus nécessaires aujourd'hui, mais certains hôpitaux ont tendance à y mettre des patients qui n'en ont pas vraiment besoin pour atteindre le quota annuel nécessaire à la certification qui permet de les facturer. Notre groupe n'a pas de service de soins intensifs certifié, mais nous avons, là où c'est nécessaire, les équipements et les équipes qualifiées pour prendre en charge de tels cas. Il vaut mieux avoir une équipe spécialisée et un plateau technique adéquat sans certification, que de transférer des patients en soins intensifs dans un hôpital pour maintenir une certification. Mais l'univers de la santé est tellement compliqué qu'on arrive à faire dire à la population qu'elle veut des soins intensifs, comme à la Chaux-de-Fonds, alors qu'elle ne sait pas ce que



«Les quotas par chirurgien ne sont pas une solution», estime Antoine Hubert.



Photo: Markus Bertschi

Antoine Hubert

cela signifie vraiment. Avec les progrès de la médecine, les soins intensifs sont maintenant très rarement nécessaires et la Suisse est un petit pays avec une population très dispersée.

Quelles perspectives cette tendance à la centralisation dessine-t-elle pour les hôpitaux privés?

C'est la tendance à la réglementation qui est un enfer et fait obstacle à une saine concurrence et au progrès! Une vraie concurrence ferait baisser les coûts de la santé: ce n'est pas nécessaire de réglementer, les établissements se spécialiseront d'eux-mêmes. Par exemple, en ophtalmologie, le tarif des opérations de chirurgie réfractive au laser, non

réglementées et non remboursées, a tellement baissé en dix ans que notre Clinique de Genolier a finalement renoncé à les proposer parce qu'elle n'atteignait pas la masse critique nécessaire pour les rentabiliser; c'est un autre centre qui a ajouté cette part de notre activité à la sienne et c'est très bien ainsi. Les hôpitaux vont abandonner d'eux-mêmes les opérations pour lesquelles ils n'ont pas la masse critique nécessaire. Et pour baisser les prix de la santé, il y a d'autres mesures à prendre que de centraliser les hôpitaux: pourquoi paye-t-on en Suisse la même prothèse deux fois plus cher qu'en France? A cause de la réglementation. La déréglementation et la concurrence stimulent l'innovation, la recherche de solutions plus simples et moins coûteuses.

Qu'attendez-vous de ce nouveau débat?

Malheureusement, tous les débats sur la santé sont biaisés par des intérêts personnels et les partenaires ne sont pas objectifs. Il faudrait arrêter de sacraliser la santé et attirer dans ce débat des gens d'autres industries, comme la distribution alimentaire, où la concurrence est toujours la loi, à part en temps de guerre! ■

Antoine Hubert, administrateur délégué,
Swiss Medical Network SA, Genolier;
media@swissmedical.net

Spezialisierung ja, Zentralisierung nein

Antoine Hubert ist Gründer einer grossen Privatklinikgruppe. Er bedauert die Tendenz zur Reglementierung: «In einem Konkurrenzsystem besteht kein Bedarf zu reglementieren, um mehr Spezialisierung zu erreichen. Die Konkurrenz fördert die Transparenz und die Patienten orientieren sich in Richtung der erfahreneren Ärzte. Die Spitäler ihrerseits verzichten auf Operationen, bei denen sie die notwendige Fallzahl nicht erreichen. Dies geschieht aus Gründen der Rentabilität.» Spezialisierung sei nicht mit Zentralisierung gleichzusetzen: «Ich war schon immer gegen Zentralisierung, aber die Spezialisierung kann standortübergreifend zu einer Vereinheitlichung von Prozessen führen, beispielsweise indem Telekonferenzen durchgeführt werden.» ■

Anzeigen

Ihr **kompetenter Partner** in allen
Bereichen der **Medienkommunikation**

DRUCKSACHEN AM
PULS DER ZEIT
EINFACH + SCHNELL

bw medien | ea Medien AG
Werner-Kälin-Strasse 11 | 8840 Einsiedeln
www.eamedien.ch



HUGENTOBLER
Schweizer Kochsysteme®

*Ich bin glücklich
und vital dank der
ausgewogenen,
regionalen Küche
in meinem Altersheim.*

Besuchen Sie den Fachkurs für Unternehmer, Heimleitungen und Fachkräfte rund um das Thema Speisenqualität und Küchenrendite im Altersheim.

Fachkurs unter: www.hugentobler.ch

Bundesrat genehmigt TARPSY

Der Bundesrat hat die neue, schweizweit einheitliche Tarifstruktur für den stationären Bereich der Psychiatrie genehmigt. TARPSY berücksichtigt den Aufwand und die Leistung eines Spitals, indem sie Patientenfälle anhand von Hauptdiagnose, Alter, Schweregrad der Erkrankung und Nebendiagnosen in Psychiatrie Kostengruppen (PCG) einteilt. Diese werden mittels leistungsbezogenen Tagespauschalen in unterschiedlicher Höhe abgegolten. Die neue Struktur gilt ab dem 1. Januar 2018 in der Erwachsenenpsychiatrie. Für die beiden Jahre nach Einführung haben die Tarifpartner ein Monitoring und Korrekturmassnahmen vereinbart, welche die Grundlage für eine kostenneutrale Einführung legen. ■

Info: www.bag.admin.ch → 25.10.2017

Dispositifs médicaux: exigences augmentées

Le Conseil fédéral a adopté la révision partielle de l'ordonnance sur les dispositifs médicaux (ODim). Il a ainsi posé les fondements pour un remaniement complet de la législation suisse en la matière: la loi sur les produits thérapeutiques (LPT), la loi relative à la recherche sur l'être humain (LRH) et la loi fédérale sur les entraves techniques au commerce (LETC). Au cours des prochaines années, les exigences de qualité et de sécurité des dispositifs médicaux seront augmentées, et les patients seront ainsi mieux protégés. Comme ce nouveau niveau d'exigence correspond à celui de l'UE, les fabricants suisses pourront à l'avenir toujours accéder au marché intérieur européen. ■

Info: www.bag.admin.ch → 25.10.2017

Transplantation: les donneurs mieux protégés

Le Conseil fédéral a décidé de mettre en vigueur, au 15 novembre 2017, la version révisée de la loi sur la transplantation et ses dispositions d'exécution. Les donneurs vivants seront désormais mieux protégés sur le plan financier. Les nouvelles dispositions précisent également quand des mesures médicales préliminaires peuvent être prises pour un prélèvement d'organes lorsque le donneur est incapable de discernement. En outre, une nouvelle ordonnance réglera la transplantation rénale croisée. ■

Info: www.bag.admin.ch → 18.10.2017

Adaptations du TARMED: décision appliquée

Le Conseil fédéral a appliqué formellement sa décision de principe, prise à la mi-août, d'adapter le tarif médical TARMED. Il a adopté la modification de l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie. L'impact des adaptations sera analysé dans le cadre d'un monitoring avec les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie. Le Conseil fédéral a, par la même occasion, fixé la structure tarifaire applicable aux prestations de physiothérapie, les partenaires tarifaires n'ayant pu s'accorder sur une révision globale. ■

Info: www.bag.admin.ch → 18.10.2017

Bundesrat soll Fehlanreize beseitigen

Um die Herausforderungen in der medizinischen Gesundheitsversorgung zu bewältigen, muss die Politik die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen und finanzielle Fehlanreize beseitigen, welche die Bildung von integrierten Modellen hemmen. Dazu bedarf es der Definition, Zuweisung und Abgeltung entsprechender Koordinationsleistungen. Zudem müssen die intermediären Strukturen wie das betreute Wohnen ausgebaut werden. Dies fordern der Schweizerische Gemeindeverband, der Apothekerverband pharmaSuisse, Spitex, Schweiz, CURAVIVA Schweiz sowie mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz in einer gemeinsamen Resolution. Sie haben ihre Forderungen Bundesrat Alain Berset eingereicht. ■

Info: www.curaviva.ch → 16.10.2017

Verstärkte Massnahmen zur Kostendämpfung

Der Bundesrat will die Anstrengungen zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen intensivieren. Dabei stützt er sich auf den Bericht einer international besetzten Expertengruppe, welche 38 Massnahmen vorschlägt, davon zwei übergeordnete. Zum einen schlägt sie als neues Steuerungsinstrument vor, verbindliche Zielvorgaben für das Kostenwachstum in den verschiedenen Leistungsbereichen festzulegen. Falls die Ziele verfehlt werden, sollen Sanktionsmassnahmen ergriffen werden. Zum anderen wird die Einführung eines Experimentierartikels empfohlen, um innovative Pilotprojekte zu testen. Der Bundesrat hat das EDI beauftragt, entsprechende Vorschläge vorzulegen. ■

Info: www.bag.admin.ch → 25.10.2017



Jean-François Steiert, conseiller d'Etat fribourgeois

Nicht weniger, aber bessere Gesundheitsausgaben!

Wie jeden Herbst zählen die Gesundheitskosten laut Umfragen auch dieses Jahr zu den wichtigsten Problemen unseres Landes – mit den üblichen Tipps, wie das System «saniert» werden kann: Von der Einheitskasse bis zu Deregulierungen jeglicher Art werden alle möglichen Rezepte aus der ideologischen Mottenkiste herausgeholt, ganz zu schweigen vom krampfhaften Versuch, die Kranken über eine Erhöhung der Mindestfranchise noch stärker zur Kasse zu bitten, um die Erhöhung der Prämien kosmetisch zu begrenzen – dies im Land der europaweit bereits rekordhohen Kostenbeteiligung der Schweizer Versicherten am Gesundheitssystem und im Übrigen per saldo ohne jede Wirkung auf unsere Gesundheitskosten.

Dabei geht die Frage unter, wo eigentlich der Schuh drückt. Prämienexplosion? Das ist eine Frage der Perspektive: Die untersten Einkommen trifft es kaum, da diese über das Prämienverbilligungssystem trotz kantonaler Sparmassnahmen noch weitgehend entlastet werden. Für das andere Ende der Einkommensskala, das so günstig zu

sehr guten Gesundheitsleistungen kommt wie kaum woanders auf der Welt, sind die Erhöhungen ökonomisch irrelevant. Bleiben die mittleren Einkommen, für welche die Schweiz die unter anderem von der CVP geforderte Entlastung der Familien problemlos finanzieren könnte.

Teure Gesundheitssysteme wie dasjenige der USA können unsozial und ineffizient sein, ohne dass dies der Volkswirtschaft schadet. Für die Versicherten und Patientinnen und Patienten relevant ist aber die Frage, wie effizient und bedürfnisgerecht das Geld ausgegeben wird. Das Schweizer Gesundheitssystem gibt zu viel Geld aus für unnötige Eingriffe, für zu langsame Rückgaben von Produktivitätsgewinnen an die OKP, für angesichts des Potenzials an ambulanten Eingriffen überdimensionierte Spitalstrukturen oder für teilweise nach wie vor zu teure Medikamente – andererseits fehlen Mittel in so wichtigen Bereichen wie der ambulanten Pflege, insbesondere im Alter oder für die Digitalisierung. Wir haben somit primär ein Effizienz- und nicht ein Kostenproblem! ■

Santé: dépenser mieux, pas moins!

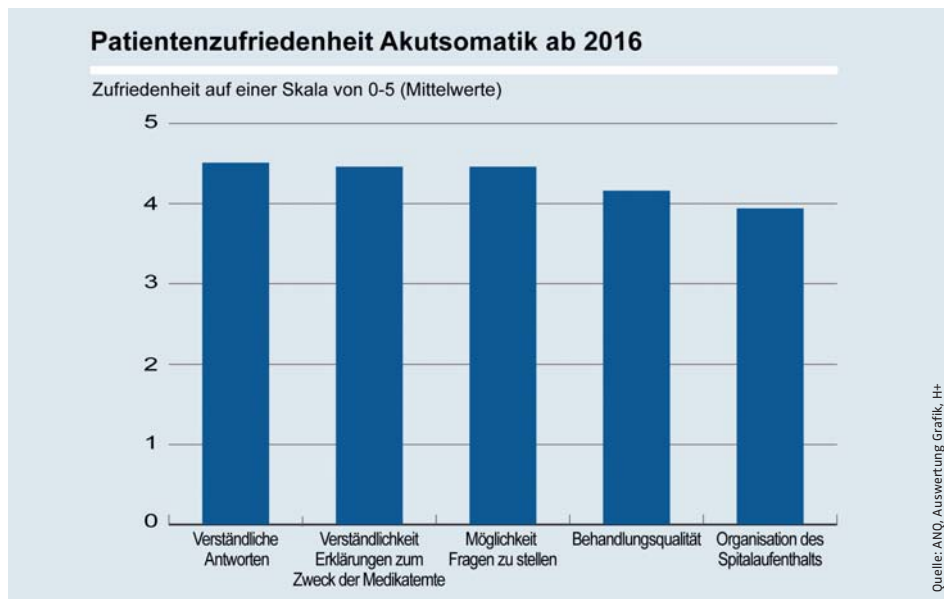
Comme chaque automne, des sondages relèvent que les coûts de la santé figurent parmi les principaux problèmes de notre pays. Et voici que reviennent les habituels conseils pour «assainir» le système: de la caisse unique à la dérégulation sous toutes ses formes, les recettes sont ressorties des tiroirs idéologiques. Sans parler de la tentative d'alourdir encore la facture des malades en relevant la franchise minimale, pour n'aboutir qu'à une limitation cosmétique des primes – et cela dans le pays qui détient le record européen de la participation des assurés aux dépenses du système de santé.

La question de savoir où le bât blesse vraiment est reléguée au second plan. L'explosion des primes est une affaire de perspective: les revenus les plus bas ne sont guère concernés car, grâce au système d'allègement des primes, ils sont fortement déchargés. A l'autre extrême, les hauts revenus bénéficient de très bonnes prestations de santé à un tarif si bas qu'il est quasiment sans concurrence au niveau mondial. Pour eux, les hausses sont économiquement presque indolores. Restent les revenus moyens, pour lesquels la Suisse pourrait financer sans problème des mesures en faveur des familles.

Des systèmes de santé onéreux comme celui des Etats-Unis peuvent n'être ni sociaux ni efficaces, sans que cela nuise à l'économie publique. Pour les assurés et les patients, la question porte sur les degrés d'efficacité et d'adaptation aux besoins. Le système suisse de santé consacre trop de moyens à des interventions inutiles, à des structures hospitalières surdimensionnées au vu du potentiel des interventions ambulatoires et à des médicaments qui sont encore en partie trop chers. Il en dissipe aussi en raison des restitutions trop lentes des gains de productivité à l'Assurance obligatoire des soins (AOS). Cela alors que les moyens manquent dans des domaines aussi importants que les soins ambulatoires, en particulier pour les personnes âgées, ou la numérisation. Nous avons donc avant tout un problème d'efficacité et pas un problème de coûts! ■

Patientenzufriedenheit auf hohem Niveau

Patienten sind mit den Schweizer Spitälern sehr zufrieden. Dies zeigt die Patientenbefragung Akutsomatik des nationalen Vereins ANQ auch für das Jahr 2016.



An der Befragung 2016 nahmen rund 200 Akutspitäler teil. Befragt wurden alle über 18-jährigen Patienten, die im September 2016 nach einem stationären Aufenthalt aus einem Schweizer Spital ausgetreten sind.

Die jährliche Patientenbefragung des nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) wird seit 2011 durchgeführt. 2016 wurde erstmals ein weiterentwickelter ANQ-Kurzfragebogen mit einer Skala von 1 bis 5 eingesetzt. Ein besonders gutes Zeugnis stellten die Patienten den Spitälern aus bezüglich verständlicher Antworten (4.51) und verständlicher Informationen betreffend Medikamente, die die Patienten zu Hause einnehmen sollten (4.46). Die Möglichkeit, Fragen zu stellen, wurde im Schnitt ebenfalls mit 4.46 bewertet.

Etwas weniger hoch ist die Zufriedenheit in Bezug auf die Organisation des Spitalaustritts (3.94) und die Behandlungsqualität (4.16). Die Spitalaufenthaltsdauer wurde von fast 90 Prozent der Umfrageteilnehmenden als genau richtig erachtet, 10 Prozent fanden sie zu lang oder zu kurz. Da die neue Frage zur Aufenthaltsdauer nur drei Antwortmöglichkeiten enthielt und für die Berechnung des Mittelwerts nicht geeignet ist, wurden die Ergebnisse in Prozent angegeben und in der Grafik nicht aufgeführt. ■

Info: www.anq.ch → 26.10.2017

Sécurité des patients: trois ans d'enquête

Sur mandat de la Conférence des directrices/teurs médicaux de la Suisse latine, les hôpitaux publics de Suisse romande et du Tessin ont organisé et réalisé une vaste enquête auprès du personnel médical et soignant concernant la culture de la sécurité des patients dans leurs institutions respec-

tives. Il s'agit d'une première sur le plan suisse, qui permettra à l'avenir d'aider les hôpitaux à mettre en place un cadre propice à l'amélioration de la culture dans ce domaine, en partageant ces résultats et leurs expériences. ■

Info: www.rts.ch → 7.11.2017

Neuwahl Vorstand H+

Am 7. November 2017 fand im Kursaal in Bern die 88. Generalversammlung von H+ statt. Dabei wurde der bisherige Vertreter der Privatkliniken, Adrian Dennler, gebührend verabschiedet. H+ bedankt sich herzlich für sein Engagement während der letzten elf Jahre. Im Vorstand hat er sich durch sein breites Wissen, insbesondere in den gesundheits-, personal- und tarifpolitischen Dossiers, ausgezeichnet.

Als Nachfolger von Adrian Dennler und neues Vorstandsmitglied wurde Guido Speck, CEO der Lindenhofgruppe gewählt. H+ wünscht ihm viel Erfolg und Freude im neuen Amt. ■

Info: www.hplus.ch → 7.11.2017

Betäubungsmittel: Neue Rezeptformulare

Die Rezeptformulare für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln wurden angepasst. Neu ist das Formular dreisprachig (D, F, I). Die Rezeptvorlage wurde auch im Erscheinungsbild, aber nicht inhaltlich, überarbeitet. Neue Hauptmerkmale sind:

- Strichcode neben der Rezeptnummer. Apotheken können Gültigkeit bzw. Sperrung des Rezeptes einfacher überprüfen.
- Sicherheitszeichen als Kopierschutz.
- Dreisprachiges Formular im Format A5.
- Neu sind nur noch zwei betäubungsmittelhaltige Arzneimittel auf dem gleichen Formular verschreibbar.

Swissmedic liefert seit dem 15. November 2017 die neuen Betäubungsmittelblöcke auf Bestellung an die Kantone. Ärzte sind gebeten die Blöcke bei ihrer kantonalen Gesundheitsbehörde zu bestellen. Rezeptsperrungen sind auch dorthin zu richten. ■

Info: www.swissmedic.ch/betm → 8.11.2017

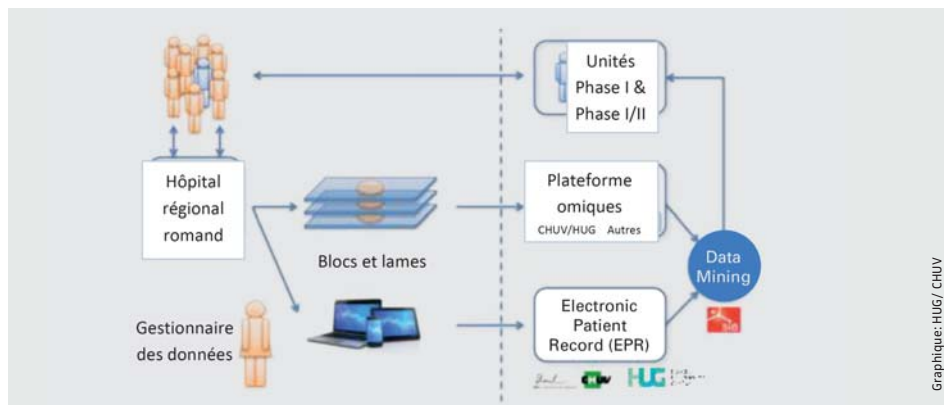
Compétences élargies pour les infirmiers

Contre le manque de médecins généralistes, une des solutions consiste à élargir les compétences d'infirmiers spécialement formés. Le Grand Conseil vaudois a modifié en ce sens la loi sur la santé publique et un master sera créé par l'Institut universitaire de formation et de recherches en soins.

Info: www.vd.ch → 7.11.2017

Oncologie: premier bilan du réseau romand

Après un peu plus d'une année de fonctionnement, le bilan d'activité du Réseau romand d'oncologie est très encourageant.



Structure générale du réseau: les analyses tumorales complexes sont centralisées dans les hôpitaux universitaires de Genève et Lausanne, en maintenant dans la mesure du possible le suivi du patient au niveau régional.

La génomique et l'oncologie personnalisée ont complexifié l'analyse et la prise de décision clinique. Initié par le CHUV et les HUG, avec le soutien des fondations Philanthropia et FAMSA, le Réseau romand d'oncologie met à disposition des patients souffrant d'un cancer avancé une plateforme d'expertise commune. Une fois par semaine, un colloque pluridisciplinaire – tumor board – examine par visioconférence les cas présentés par des oncologues en cabinet ou dans des hôpitaux périphériques. Plus de 300 personnes ont pu

bénéficier d'une consultation personnalisée. 51% des patients se sont vu proposer des essais cliniques pertinents, 44% ont pu recevoir des médicaments qui n'étaient pas encore homologués pour ce traitement (off label) et 8% ont été orientés vers une consultation génétique.

Même si ce bilan est encourageant, il est encore trop tôt pour en tirer des résultats scientifiquement démontrables. ■

Info: www.hug-ge.ch et www.chuv.ch → 27.10.2017

Médecins cadres des hôpitaux vaudois: le gouvernement doit faire marche arrière

Le gouvernement vaudois a pris acte de la décision de la Cour constitutionnelle d'annuler son règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux et la rémunération des médecins cadres.

Adopté par le Conseil d'Etat le 21 décembre 2016, le règlement avait pour objectif d'harmoniser les conditions de travail des médecins cadres dans les hôpitaux vaudois ayant une mission de service public. Il visait à améliorer l'organisation médicale et à instaurer une plus grande équité entre les

rémunérations. Par un plafonnement de l'ensemble des revenus des médecins cadres à 550 000 francs par année, il voulait aussi réduire des effets jugés néfastes de la concurrence entre établissements à vocation de service public. Le Conseil d'Etat examinera attentivement les considérants de l'arrêt et l'opportunité de présenter au Grand Conseil des révisions légales permettant d'atteindre les objectifs qui étaient poursuivis par le règlement. ■

Info: www.vd.ch → 27.10.2017

Application InfoKids: innovation récompensée

InfoKids, l'application mobile des urgences pédiatriques développée par les HUG, a remporté l'International Award 2017, décerné par la Fédération internationale des hôpitaux pour récompenser le projet le plus innovant en matière d'amélioration du système de santé. ■

Info: www.hug-ge.ch → 9.11.2017

Cybersécurité: L'Hôpital du Valais a séduit

L'Hôpital du Valais fait partie des quatre lauréats de l'iX-Awareness, un prix décerné par le magazine allemand Informationstechnik iX: sa campagne d'information et de prévention sur les risques de la cybercriminalité, adressée à ses 5 200 collaborateurs, a séduit. ■

Info: www.hospitalvs.ch → 23.10.2017

Ärzte verzichten auf Pharmageld

In Kooperation mit dem deutschen Portal «Correctiv» und dem «Beobachter» hat die Stiftung für Konsumentenschutz die von der Pharma veröffentlichten Informationen, wer Zuwendungen erhalten hat, aufbereitet und analysiert. Nun kann eingesehen werden, wer von wem wieviel Pharmageld erhalten hat. ■

Info: www.konsumentenschutz.ch → 17.10.2017

Stratégie définie pour l'Hôpital du Jura bernois

Dès fin juin 2018, le site de Moutier de l'Hôpital du Jura bernois (HJB) va devenir une filiale autonome, qui restera propriété de l'HJB jusqu'au transfert de la ville au canton du Jura. La «Stratégie 2025» fixe à la même date la fusion de l'HJB et du Réseau de santé mentale (RSM) pour donner naissance à un département de psychiatrie au sein de l'hôpital somatique. ■

Info: www.hjbe.ch → 1.11.2017

Hochkostenfälle: Wo steht SwissDRG?

Eine Studie im Auftrag des UniversitätsSpitals Zürich (USZ) zeigt Lösungskonzepte in sechzehn Ländern im Umgang mit Hochkostenfällen in DRG-Vergütungssystemen auf.

Von Simon Spika und Hugo Keune

Hochkostenfälle stellen bei der Spitalvergütung mit DRG-Fallpauschalen ein unausweichliches Phänomen dar, da es immer Fälle geben wird, die im Vergleich zum Durchschnitt ihrer DRG extrem hohe Kosten aufweisen. Tragen die Spitäler das Verlustrisiko, sind die daraus resultierenden Probleme bekannt: Aus den Hochkostenfällen werden hochdefizitäre Fälle, von denen Universitätsspitäler, Kinderspitäler und Erbringer hochkomplexer medizinischer Leistungen am Ende der Versorgungskette besonders betroffen sind.

Im Unterschied zur Schweiz haben andere Länder die flächendeckende DRG-Vergütung bereits vor 2012 eingeführt und

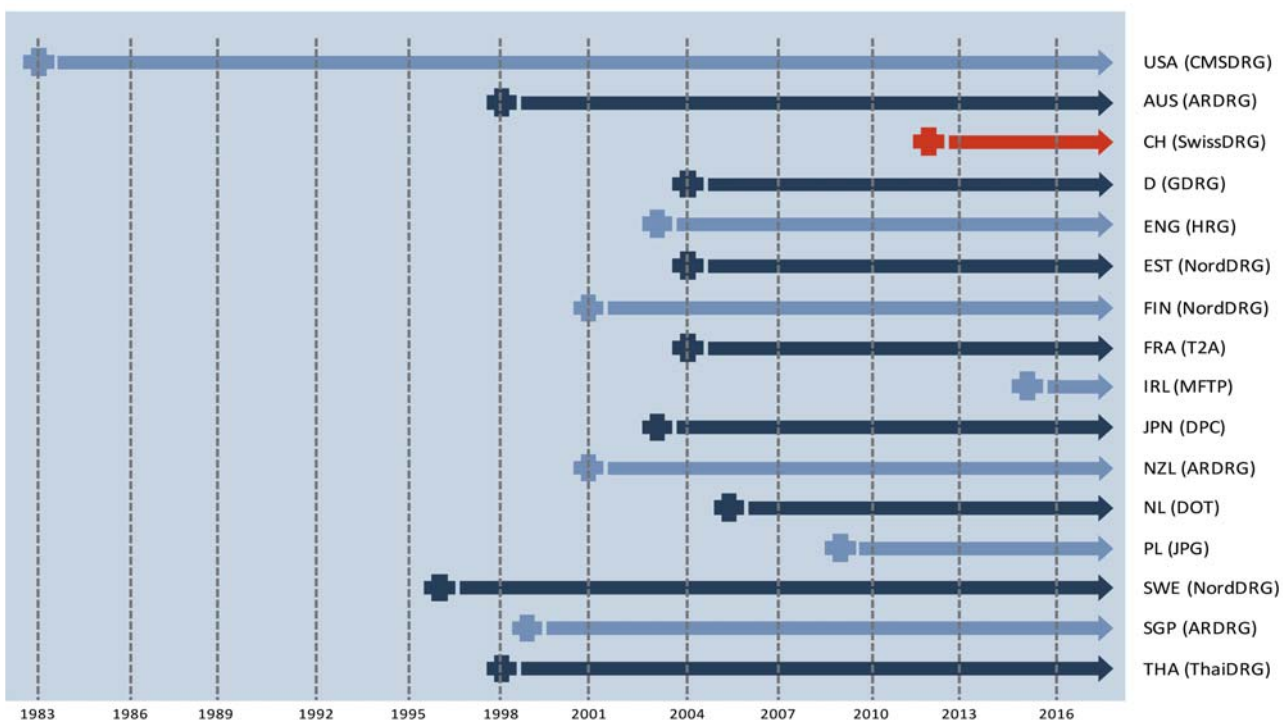
hatten mehr Zeit, bei der Vergütung von Hochkostenfällen Lösungen zu finden (siehe Abbildung). Das USZ hat daher bei Polynomics eine Übersichtsstudie zu den Lösungskonzepten von sechzehn solcher Länder inklusive der Schweiz in Auftrag gegeben. In die Analyse eingeschlossen wurden Länder, in denen die Spitäler das Verlustrisiko tragen bzw. nicht über eine staatliche Defizitabdeckung abgesichert sind.

Konkrete Massnahmen in elf Ländern

Die Analyse ergab, dass in elf der sechzehn Länder bereits umfangreiche Massnahmen gegen die finanziellen Konsequenzen der Hochkostenfälle veranlasst wurden. Dage-

gen konnten die Autoren bei den übrigen fünf Ländern weder Diskussionen noch besondere Massnahmen feststellen, beispielsweise weil das jeweilige DRG-System erst seit Kurzem aktiv ist oder sich noch im Aufbau bzw. Umbau befindet.

Einerseits wird bei der Weiterentwicklung des Klassifizierungssystems angesetzt, vor allem am DRG-Splitting und an der Überarbeitung des Scoring Systems auf Basis des patientenbezogenen Schweregrads (PCCL). Andererseits greifen Massnahmen in die Tarifstruktur ein, etwa in Form von Langliegerzuschlägen und deren Anpassung, verweildauerunabhängigen Zuschlägen, Zusatzentgelten, separater Vergütung



Einführung des DRG-Systems in den sechzehn untersuchten Ländern.

für spezifische Fälle, Rückversicherungen, Pauschalzahlungen und Differenzierung der Baserates nach Spital oder Spitalkategorie.

DRG-Splits, Zusatzentgelte und Langliegerzuschläge am verbreitetsten

Beinahe in allen untersuchten Ländern kommen DRG-Splits, Zusatzentgelte und Langliegerzuschläge zur Anwendung. Die Autoren der Studie beurteilen DRG-Splits als potenziell effektiv. Allerdings setze ein ziel führendes DRG-Splitting eindeutig identifizierbare, kostenrelevante Kriterien voraus. Ferner ist eine ausreichende Fallzahl notwendig, um robuste Kostenmittelwerte der Unter-DRGs zu berechnen. Auch Zusatzentgelte können die finanzielle Auswirkung von Hochkostenfällen minimieren, vermindern aber den Anreiz für eine effiziente Leistungserbringung.

Langliegerzuschläge kritisch betrachtet

Damit Langliegerzuschläge hochdefizitäre Fälle effektiv vermeiden können, müssten Kosten und Liegedauer fast perfekt korrelieren, eine Bedingung die laut Autoren zumindest in der Schweiz nicht gegeben ist. Während DRG-Splitting, Zusatzentgelte und Langliegerzuschläge als «Basismassnahmen» von DRG-Systemen gesehen werden können, werden die übrigen beobachteten Massnahmen tendenziell in weiterentwickelten DRG-Systemen angewendet. Rückversicherungen beispielsweise bei denen der Verlust ab einer bestimmten Grenze erstattet wird, werden nur in vier der sechzehn untersuchten Länder eingesetzt (USA, Finnland, Estland, Japan, Thailand). Bei einer Rückversicherung sehen die Autoren den Vorteil in einer präzisen Vergütung von Hochkostenfällen. Dagegen steht ein erhöhter Anreiz, durch strategische Kostenverrechnung einzelne Fälle künstlich über die auslösende Verlustgrenze zu bringen.

Unterschiedliche Entwicklungswege

Viele Länder haben es nicht bei ihrem ursprünglichen DRG-System belassen, sondern nehmen in den Jahren nach der Einführung zum Teil tiefgreifende Anpassungen vor bzw. haben diese vorgenommen. Sie haben bestehende Massnahmen erweitert und aktualisiert, aber auch aufgegeben, wie im Fall USA, wo die Langliegerzuschläge mit einer Rückversicherung ersetzt wurden.

Trübe Aussichten für SwissDRG

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die fi-

nanziellen Auswirkungen von Hochkostenfällen in Ländern mit DRG-Erfahrung als Problem erkannt wurden und Auslöser von Gegenmassnahmen und Eingriffen in die Klassifikations- und Vergütungsstruktur waren und sind. Die Ausgestaltung etlicher aktueller DRG-Systeme ist die Konsequenz aus dem Bestreben, den finanziellen Auswirkungen von Hochkostenfällen zu begegnen.

Deutschland: Analyse gesetzlich vorgeschrieben

Deutschland setzt wie die Schweiz auf die Ausdifferenzierung der Klassifikations- und Tarifstruktur. Die Schwerpunkte liegen dabei auf DRG-Splitting, Überarbeitung der PCCL-Matrix, Anpassung von Langliegerzuschlägen und Zusatzentgelten. Im Unterschied zur Schweiz ist in Deutschland die Analyse von Hochkostenfällen zur Entwicklung von geeigneten Vergütungsformen jedoch gesetzlich vorgeschrieben. Eigens für diese Analyse wurde eine sogenannte Extremkostendatenbank aufgebaut. Die Analysemethoden, Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Massnahmen werden jährlich in einem 200 Seiten starken Extremkostenbericht dargestellt.

In der Schweiz existiert keine vergleichbare Datengrundlage. Hinzu kommen sehr kleine Fallzahlen. Schon in Deutschland können aus den Analysen oft keine systematischen Bewertungen abgeleitet werden, da die Anzahl der Hochkostenfälle zu gering ist. In der Schweiz steht jedoch nur ein Bruchteil der Fallzahlen zur Verfügung. Daher ist es hier nahezu aussichtslos, mittels DRG-Splits hochdefizitäre Fälle umfassend abzudecken. Die relativ unstrukturierte Herangehensweise in der Schweiz und die unzureichende Datenbasis spiegeln sich auch im Bericht zur Weiterentwicklung der SwissDRG Tarifstruktur 7.0 wieder, bei dem nur ein kleiner Abschnitt jenen Massnahmen gewidmet ist, die aus der Analyse von Hochkostenfällen abgeleitet wurden.

Es ist in der Schweiz seit Einführung der SwissDRG zwar gelungen, die Homogenität zu erhöhen. Dass jedoch mit der aktuellen Herangehensweise das Problem der Hochkostenfälle gelöst oder entschärft werden kann, darf bezweifelt werden. Es ist daher notwendig, den eingeschlagenen Weg zu überdenken, um die durch die Hochkostenfälle verursachten Probleme und Verzerrungen effektiv zu lösen. ■

Info: www.usz.ch (Medienmitteilungen)



Simon Spika, Projektleiter, Direktion Finanzen USZ; simon.spika@usz.ch



Hugo Keune, Direktor Finanzen und stellvertretender CEO, UniversitätsSpital Zürich (USZ); hugo.keune@usz.ch

Repenser la question des cas très coûteux

Dans les systèmes utilisant les forfaits DRG, il y a toujours des cas qui représentent des coûts beaucoup plus élevés que la moyenne. Les hôpitaux supportant le risque de perte, les cas très coûteux deviennent des cas hautement déficitaires. Une étude de l'Université de Zurich présente les solutions mises en place dans seize pays. Dans presque tous les pays, on utilise des «splits» dans les DRG, des rémunérations supplémentaires et des suppléments pour les séjours plus longs que la normale («high-outliers»). Les auteurs de l'étude jugent que les splits peuvent être efficaces. Mais ils présupposent des critères clairement identifiables et pertinents, ainsi qu'un nombre de cas significatif. Des rémunérations supplémentaires peuvent minimiser l'impact financier des cas très coûteux, mais elles diminuent l'effet incitatif du forfait pour une prise en charge efficiente. Enfin, si l'on veut que des suppléments journaliers pour les «high-outliers» soient efficaces, les coûts et la durée de séjour devraient être presque parfaitement corrélés, une condition qui n'est pas réalisée, du moins en Suisse. Des réassurances ne sont utilisées que dans quatre pays. Les auteurs de l'article doutent que le problème des cas hautement déficitaires puisse être résolu ou atténué en Suisse avec l'approche actuelle. Il faut repenser la voie à suivre pour résoudre effectivement les problèmes et distorsions causés par ces cas. L'Allemagne, qui a constitué une banque de données des coûts extrêmes, pourrait servir d'exemple. ■

Innovation mit mehr Fokussierung auf die Bedürfnisse

Technologie soll helfen, nicht uns steuern – so lautete der Grundtenor am 60. H+ Kongress. Neu konnten die Teilnehmenden frei in Knowledge Lounges zirkulieren und mit Experten der Gastgeberinstitutionen in Dialog treten. – Von Martina Greiter

Die rasante Entwicklung in den Bereichen Technologie und Digitalisierung, von welcher auch die Gesundheitsbranche stark betroffen ist, stand im Fokus des 60. H+ Kongresses im Berner Kursaal. Neben hochkarätigen Referaten kamen die rund 400 Teilnehmenden am 8. November 2017 auch in den Genuss von sechs Knowledge Lounges, in welchen sie frei zirkulieren und das Gespräch mit Experten der Gastgeberinstitutionen suchen konnten.

Kontakt mit Menschen im Vordergrund

Die H+ Präsidentin Isabelle Moret wies einleitend darauf hin, dass gerade im Gesundheitswesen der Kontakt mit Menschen eine besondere Bedeutung hat: «Die ethischen, moralischen und rechtlichen Fragen, die sich mit neuen technologischen Möglichkeiten ergeben, müssen in der Gesellschaft diskutiert werden. Wir müssen aber auch darauf achten, im globalen Kontext den Anschluss nicht zu verpassen».

Innovation nicht per se bedürfnisgerecht

In den Plenumsreferaten zeigte sich, dass im Gesundheitswesen mit technologischer und digitaler Innovation mehr Effizienz, Qualität und Unabhängigkeit der Patienten sowie Fortschritte in der präventiven Medizin und Nachbetreuung erhofft werden. Es kamen aber auch Grenzen von Algorithmen in komplexen Systemen zur Sprache sowie die Tatsache, dass im digitalen Hype nicht jede Innovation realen Bedürfnissen entspricht. Der Mensch stehe immer im Zentrum, so der Grundtenor.

Bald Blutzucker mit Tränen messen?

Künftige Potenziale wurden von den Referenten in folgenden Bereichen festgestellt:

- **Automatisieren:** Roboter, personalisierte Dosierungen mit Implantaten, autonome Vehikel wie Rollstühle
- **Realisieren:** Blutzuckerspiegel über Tränenflüssigkeit messen, künstliche Organe herstellen, Medikamente drucken
- **Vernetzen:** Patienten gezielter für klinische Studien rekrutieren, Laien vermehrt in die Forschung einbeziehen, Datenaustausch
- **Virtualisieren:** Virtual-Reality-Therapie für Schmerzpatienten, Ärztetraining mit Simulationen
- **Visualisieren:** Bilderkennung zum Beispiel Rethinopathie, Melanome bis zur Prognose von Selbstmordraten mittels funktionellem MRT

Die Referenten stellten aber fest, dass in der Schweiz und in Europa eine gemeinsame Vision fehlt, wohin die Digitalisierung

gehen soll. Akteure wie Google hingegen würden nach dem Motto «First Mover takes it all» sofort auf globaler Ebene tätig. In der Schweiz und in Europa wird daher im Sinne einer digitalen Emanzipation mehr politisches Leadership sowie eine konkrete Plattformstrategie gefordert, damit die bestehende Lücke geschlossen werden kann.

EPFL: Food Tracking im digitalen Zeitalter

In der Knowledge Lounge der ETH Lausanne (EPFL) standen die Experten zu aktuellen Projekten im Bereich «Data-Driven Intelligence» Rede und Antwort. So wurde z. B. das Projekt «Food & You» vorgestellt, das im Frühling 2018 starten wird. Mit einer App werden die Teilnehmenden die Nahrungsmittel, die sie zu sich nehmen fotografieren. Parallel dazu messen sie mit modernster Technologie regelmässig ihren



In der Knowledge Lounge der ETH Zürich konnten die Teilnehmenden ein Exoskelett ausprobieren, das spezifisch für die Unterstützung der Handrehabilitation entwickelt wird.



Ein Ganzkörper-Bewegungssteuerungssystem mit Virtual-Reality-Brille konnte getestet werden.

Blutdruck. So werden die Studienteilnehmenden einerseits einen Einblick erhalten, wie ihr Körper auf Nahrungsmittel reagiert und können andererseits einen Beitrag zur epidemiologischen Forschung leisten.

ETHZ: Vom 3D-Drucker zum Textilroboter

Beim Gastgeber ETH Zürich wurde unter anderem demonstriert, wie mittels Knorpelgewebe aus dem 3D-Drucker individuelle Ohrmuscheln gedruckt werden. Die Teilnehmenden konnten sich auch ein Bild vom «Myosuit» machen. Dieser Hightech-Anzug stellt 40 bis 70 Prozent der Muskelkraft zur Verfügung und kann Ältere oder Menschen in der Rehabilitation unterstützen, die sich aus eigener Kraft kaum noch bewegen können.

SAMW: Persönliche Sprechstunden zu ethischen Fragestellungen

Beispiele erfolgreicher Innovationen im Lifescience-Bereich wurden in der Knowledge Lounge der Eidgenössischen Kommission für Technologie und Innovation (KTI) aufgezeigt. Beim Gastgeber Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) konnten die Teilnehmenden ihre Fragen im Zusammenhang mit gesellschaftlichen und ethischen Herausforderungen klären. Diese Möglichkeit des persönlichen Gesprächs mit Experten der SAMW und der Zentralen Ethikkommission (ZEK) wurde insbesondere am Vormittag rege genutzt. Vertreter vor allem von kleineren Spitälern informierten sich auch über den Mehrwert, der das «Swiss Personalized Health Network» für sie bringen könnte.

Unternehmensentwicklung und Digitalisierung

Welche Bedeutung die Digitalisierung für die Unternehmensentwicklung hat, wurde von den Gastgebern H+ Bildung und Espace Compétences in Zusammenarbeit mit Poly-point, walkerproject, Medidee Services SA und eHnv/Avatarion thematisiert.

In ihrer modernen und gleichzeitig gemütlich eingerichteten Knowledge Lounge zeigten die HINT AG und die Post digitale Trends und zukunftsweisende Praxisbeispiele. Zu sehen war u. a. eine Drohne der Post für den Transport von Laborproben. Die Teilnehmenden erhielten auch Informationen über die neue Lösung der Post für das elektronische Patientendossier mit erweiterten Funktionen wie Patientenzuweisung, Behandlungs- und Medikationsplan sowie Berichtstransfer. Sie konnten sich zudem über das Security Operation Center (SOC) der HINT AG erkundigen, das in der Gesundheitsbranche Dienstleistungen für die EDV-Sicherheit anbietet.

Knowledge Lounges haben sich bewährt

Die am diesjährigen H+ Kongress erstmals organisierten Knowledge Lounges haben sich gemäss ersten Reaktionen der Teilnehmenden bewährt. Sie haben zu mehr Dialog und Interaktion zwischen Teilnehmenden und Experten geführt, als dies bei den bisher üblichen Workshops möglich war. Die Experten waren motiviert, sich mit den Teilnehmenden spontan auszutauschen und ihr Wissen je nach Hintergrund des Gegenübers verständlich zu vermitteln. ■



Kinder im Spital können über Avatar-Kids-Roboter virtuell am Schulunterricht teilnehmen.



Martina Greiter, Redaktorin Competence deutsche Schweiz, H+ Die Spitäler der Schweiz, Bern; martina.greiter@hplus.ch

Knowledge Lounges: innovation positive

Le développement rapide de la technologie et de la numérisation, qui touche aussi fortement le monde de la santé, était au centre du 60^e congrès de H+ le 8 novembre à Berne. A côté de conférenciers prestigieux, les quelque 400 participants ont pu profiter de six «Knowledge Lounges», où ils pouvaient circuler librement et dialoguer avec des experts de plusieurs institutions.

Les conférences plénières l'ont montré: le monde de la santé espère que l'innovation technologique et digitale apportera plus d'efficacité et de qualité, augmentera l'autonomie des patients et amènera des progrès dans la médecine préventive et le suivi post-hospitalier. Il a cependant aussi été question des limites des algorithmes face aux systèmes complexes, et du fait que toutes les innovations dans le domaine numérique ne répondent pas à de réels besoins. L'être humain doit toujours rester au centre, se sont accordés tous les conférenciers, constatant par ailleurs qu'il manquait en Suisse et en Europe une vision commune de la direction à suivre en matière de digitalisation.

Organisés pour la première fois, les «Knowledge Lounges» ont atteint leur but, selon les premières réactions des participants. Plus encore que les ateliers habituels jusqu'ici, ils ont favorisé le dialogue et les interactions entre les participants et les experts. Ces derniers étaient motivés par les échanges spontanés avec les participants et prêts à vulgariser leur savoir de façon adaptée aux connaissances de chaque interlocuteur. ■

Tag der Kranken 2018

Zeit für dich – Zeit für mich – Zeit für uns

Der Tag der Kranken 2018 möchte die Gesellschaft dazu aufrufen, sich Zeit zu nehmen – Zeit für Kranke und beeinträchtigte Menschen, aber auch Zeit für sich selbst und die eigene Gesundheit. Dr. Stefan Bützberger erzählt, was der Begriff Zeit in der Reha bedeutet. – Interview von Valerie Zadori

Welche Rolle spielt der Faktor Zeit bei der Rehabilitation?

Zeit spielt eine ganz zentrale Rolle. Das Gesundheitswesen gerät zunehmend unter Druck, effizienter und kostengünstiger zu behandeln. In weniger Zeit soll also immer mehr erreicht werden. Das wirkt sich natürlich auf die Rehabilitation aus. Es führt dazu, dass Patienten beispielsweise bereits vier Tage nach einer Operation bei uns eintreten. Zu diesem Zeitpunkt sind sie aber noch nicht «rehabfähig» und brauchen zuerst eine gewisse Zeit, um zu genesen und sich vom Eingriff zu erholen. So sind teilweise auch die Kostengutsprachen der Krankenkassen zu kurz – denn Biologie und Heilungsprozesse lassen sich nicht einfach beschleunigen.

Da wir in der stationären Medizin viele Mitarbeitende beschäftigen, wird zudem ständig versucht, Arbeitsabläufe zu optimieren – dies natürlich möglichst nicht zu Lasten der Patienten. Aber die Entwicklung zeigt, dass Pflegenden wie auch Ärzten immer mehr Zeit vor dem Computer oder am Telefon verbringen anstatt am Bett der Kranken.

Wie bewältigen Sie in der Reha den zeitlichen Druck?

Rehabilitation ist klar eine Teamleistung. Der Arzt wendet viel Zeit auf, um zu erkennen, wo der Patient steht, eine Diagnose und den Therapieplan zu erstellen und um über die Krankheit zu informieren. Dabei ist er auch wesentlich auf die Einschätzung, Unterstützung und Betreuung von den Pflegenden, Physio- und Ergotherapeuten angewiesen, die durch den engen Patientenkontakt eine Schlüsselrolle einnehmen. Auch der Patient selbst ist Teil dieses Teams. Nur

mit seiner Hilfe ist eine ganzheitliche Rehabilitation möglich. Und was oft vergessen geht, ist der bemerkenswert hohe Betreuungsaufwand, den viele Angehörigen leisten. Das sind zig Tausende von Stunden, die sie unentgeltlich aufwenden und die das Gesundheitssystem enorm entlasten – eine extreme Leistung, die unsere Wertschätzung verdient.

Wo ist seitens Patienten besondere Geduld gefragt?

In der Muskuloskelettalen bzw. der Geriatrischen Rehabilitation arbeite ich vorwiegend mit älteren Personen ab 70 Jahren. Diese Patienten sind oftmals polymorbide, haben

also mehr als nur eine aktive Krankheit. Häufig sind sie von Demenz, Inkontinenz oder Depression betroffen oder haben Probleme mit dem Bewegungsapparat. Diese Patienten brauchen mehr Zeit für Pflege und Betreuung als junge Menschen.

Jeder Mensch braucht unterschiedlich viel Zeit, um wieder gesund zu werden. Was bedeutet «gesund» denn überhaupt und wie wird dieser Zustand wieder erreicht?

Die WHO definiert Gesundheit als «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens». Jeder Mensch steht dabei an einem anderen Punkt. Beispiels-



Der Tag der Kranken 2018 unter dem Motto «sich Zeit nehmen» für Kranke und Beeinträchtigte

Tag der Kranken 2018

Unter dem Motto «Zeit für dich – Zeit für mich – Zeit für uns» möchte der Tag der Kranken 2018 am 4. März die Gesellschaft dazu aufrufen, sich Zeit zu nehmen – Zeit für Kranke und beeinträchtigte Menschen, aber auch Zeit für sich selbst und die eigene Gesundheit. Denn Zeit haben, heisst Raum schaffen für sich und andere.

Der Verein Tag der Kranken ist eine gemeinnützige Organisation der sowohl Patientenorganisationen als auch Gesundheitsligen, Fachverbände, die GDK und andere im Gesundheitswesen tätigen Vereinigungen und Verbände angehören. Er wurde 1939 gegründet und sensibilisiert die Bevölkerung einmal pro Jahr zu einem

besonderen Thema. Er will dazu beitragen, die Beziehung zwischen Kranken und Gesunden zu fördern, Mitgefühl zu zeigen und das Verständnis für Bedürfnisse zu schaffen.

«Spitäler, meldet eure Veranstaltungen!»

Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen sind dazu eingeladen, ihre Veranstaltungen an tagderkranken@bluewin.ch zu melden, damit diese auf der Website www.tagderkranken.ch gebündelt aufgeschaltet und publik gemacht werden können. So schafft der Verein allen Interessierten eine Übersicht, welche Aktivitäten wo und wann stattfinden. ■

weise ein körperlich fitter Schreiner mit einem kaputten Knie ist schneller wieder rehabilitiert, als ein älterer Herr mit Knieproblemen, der keine Angehörigen mehr hat und unter Depressionen leidet. Deshalb muss man den Menschen gut kennenlernen, um zu wissen, wo es ihm fehlt und wo genau man ansetzen muss, um die Gesundheit im Sinne einer gesamtheitlichen Medizin wiederherzustellen. Man betrachtet nicht nur das Knie, sondern den ganzen Menschen.

Würden Sie sagen, dass man sich heute aufgrund des gesellschaftlichen oder finanziellen Drucks gar nicht mehr die Zeit nehmen «darf», um krank zu sein?

Der gesellschaftliche Druck trägt bestimmt dazu bei. Der Arbeitsplatz ist ein Statussymbol. Wenn sich jemand ein Bein bricht, ist es legitim, sechs Wochen zu schonen, bis alles wieder verheilt ist. Geht es aber um psychische Krankheiten wie beispielsweise eine Depression, steigt mit jedem Monat, den man der Arbeit fernbleibt, das Risiko, gekündigt zu werden oder später keinen neuen Arbeitsplatz zu finden.

Was schätzen Sie, woher kommt der Zeitdruck?

Der Output muss immer grösser werden – auch im privaten Bereich. Diese Prämisse ist sicherlich durch die Digitalisierung entstanden. Jeder ist immer und überall erreichbar, alles muss schnell gehen. Der digitale Austausch bringt viele Vorteile, der Mensch muss jedoch mithalten können.

Wie kann man sich in dieser schnelllebigen Zeit dennoch genug Raum für kranke Menschen nehmen?

Man muss Prioritäten setzen, sich die Arbeiten gut einteilen und auch mal nein sagen können. In allererster Linie ist es unsere Pflicht, dafür zu sorgen, dass sich die Schraube nicht weiter anzieht und wir zum Wohl der Patientinnen und Patienten handeln. Sie stehen im Zentrum all unserer Bemühungen.

Zeit für den Patienten heisst auch, sich für ihn einzusetzen und seine Interessen zu vertreten.

Was bedeutet es für Sie persönlich, sich Zeit für den Patienten zu nehmen?

Für mich bedeutet das, echtes Interesse zu zeigen, ihm oder ihr zuzuhören und eine Vertrauensbeziehung aufzubauen. Die Interaktion mit den Patientinnen und Patienten ist schlussendlich das Wichtigste und Schönste an unserem Beruf. Auch als Chefarzt steht für mich der Patient immer im Zentrum. Bei Entscheidungen frage ich mich deshalb stets «Was ist der Mehrwert für den Patienten?».

Zeit für den Patienten heisst auch, sich für ihn einzusetzen und seine Interessen zu vertreten. Wer das Interesse am Menschen verliert, sollte aus meiner Sicht dringend den Beruf wechseln. ■



Dr. med. Stefan Bützberger,

Chefarzt Muskuloskeletale Rehabilitation und Leiter Medizin, Facharzt FMH für Rheumatologie, Innere Medizin und PMR, aarReha Schinznach; stefan.buetzberger@aarreha.ch

Journée des malades: prendre le temps

Sous la devise «Prendre le temps: pour toi, pour moi, pour nous», la Journée des malades aura lieu le 4 mars 2018. Elle veut appeler la société à prendre le temps – temps pour les malades et les personnes handicapées, mais aussi temps pour soi-même et pour sa propre santé. Parce que prendre le temps signifie créer de l'espace pour soi et les autres.

La Journée des malades est une association d'intérêt public, qui réunit aussi bien des organisations de patients que des ligues de santé et des associations professionnelles, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et d'autres organismes actifs dans le domaine de la santé. Elle a été fondée en 1939 et sensibilise la population une fois par année à un thème particulier. Elle entend contribuer à promouvoir de bonnes relations entre les malades et les bien-portants ainsi que favoriser l'empathie pour les malades et la compréhension de leur besoins.

Hôpitaux, cliniques et institutions de soins sont invités à annoncer leurs manifestations à tagderkranken@bluewin.ch pour qu'elles soient publiées sur le site www.journeesdesmalades.ch. Le public peut y prendre connaissance de la liste complète des activités, avec les lieux et les dates. ■



Fotos: Nadia Schweizer

Der aus Gruyere stammende Jean-Pierre Barras ist fest in Solothurn verankert, wo er während 20 Jahren Chefarzt am Bürgerspital war.

«In der ärztlichen Weiterbildung ist mehr Personalentwicklung nötig»

Während 20 Jahren leitete er die Klinik für Chirurgie am Bürgerspital Solothurn. In jener Zeit führte der Viszeralchirurg Jean-Pierre Barras jährlich 500 bis 600 Operationen durch und bildete über 100 Assistentinnen und Assistenten sowie Oberärzte aus. Barras stammt aus einer Greyerzer Handwerkerfamilie, ist verheiratet und Vater von fünf Kindern. «Vor allem während der harten Weiterbildungsphase hatten meine Frau und ich viele Krisen zu bewältigen. Die Situation entschärfte sich in der Zeit als Chefarzt, auch wegen der eigens regulierbaren Präsenzzeit», sagt Barras, der letztes Jahr in Pension gegangen ist. Im neuen Lebensabschnitt ist der vielseitig Interessierte nun unter anderem in die Lokalpolitik eingestiegen. Im Mai 2017 wurde er als Parteiloser in den Gemeinderat der Stadt Solothurn gewählt.

Arbeitszeitregelung flexibilisieren

«Im Vergleich zu meiner Zeit ist das Leben von Oberärzten wohl einfacher geworden, insondere, weil sie jede Woche einen freien

Tag haben», stellt Barras fest. «Es ist für sie aufgrund der kürzeren Präsenzzeit heute aber schwieriger, berufliche Erfahrungen zu sammeln.»

Hinzu komme, dass die aktuelle Arbeitszeitregelung mit einer strikt geregelten Kompensationszeit zu unnötig vielen Arbeitsunterbrüchen führe, notabene in einer ohnehin schnelllebigen Zeit mit kürzeren Spitalaufenthaltszeiten. «Die ärztlichen Mitarbeiter, die dieser Arbeitszeitregelung unterstellt sind, kennen ihre Patienten durchschnittlich weniger gut als früher. Dieses Manko wollen wir beheben, indem wir alles in Computern erfassen möchten», erklärt Barras. Häufig reiche aber die Zeit gar nicht aus, alles Geschriebene zu lesen.

«Ich befürworte daher eine Flexibilisierung der Arbeitszeitregelung mit je nach Spezialität unterschiedlichen Modellen». Der Prozess und die Art und Weise, wie kompensiert werde, müsse situativ angepasst werden können, um die unerwünschten Nebeneffekte der aktuellen Regelung zu beheben.

Orientierungslosigkeit bei der Weiterbildung

Als Fachdelegierter in der Titelkommission der FMH sucht Barras auch Antworten auf die Frage, weshalb sich nicht mehr Schweizerinnen und Schweizer zu Chirurgen weiterbilden lassen.

Optimierungsbedarf sieht er insbesondere bei der Organisation der Weiterbildung. Der Prozess der Berufsvermittlung habe sich aus vielen Gründen verschlechtert. «Einerseits haben zu viele Weiterbildner noch nicht verstanden, dass einem am Ende der Berufslaufbahn nur das bleibt, was man weitergegeben hat und nicht das, was man sich selbst vorbehalten hat.» Andererseits sei zu wenig klar, welche Art von Chirurgen ausgebildet werden sollen. Es gebe immer noch Allgemeinchirurgen, die in den Regionalspitälern in den Bereichen Traumatologie und einem Teil der Viszeralchirurgie tätig sind. In der Praxis werde immer mehr von diesem Modell Abstand genommen. «Jedoch ist noch zu wenig klar, wohin die Reise gehen soll bzw. ob wir uns den euro-



Jean-Pierre Barras ist ein breit interessierter Querdenker und ein «Mann des klaren Wortes».

Jean-Pierre Barras, Chefarzt im Ruhestand, Bürgerspital Solothurn; barrasexp@bluewin.ch

päischen Ländern angleichen sollen, die mehrheitlich zwischen Weichteilchirurgen einerseits und Extremitätenchirurgen, Traumatologen und Orthopäden andererseits unterscheiden», erläutert Barras, der von 1996 bis 1997 Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Viszeralchirurgie war. «In dieser allgemeinen Orientierungslosigkeit ist es für Junge schwierig, sich zu orientieren, was die Attraktivität des Chirurgenberufs nicht eben fördert.»

Mehr Personalentwicklung ist gefragt

«Der Prozess der Weiterbildung von Chirurgen beruht heute zu stark auf Abhängigkeiten und Zufälligkeiten», fügt Barras an. «Heute starten die Anfänger zuerst in der Peripherie und erhalten dann, oftmals abhängig vom persönlichen Beziehungsnetz, vielleicht einen Ausbildungsplatz in einem Universitätsspital». Eine bessere Organisation der Weiterbildung könnte laut Barras mit Weiterbildungskreisen erfolgen, die aus einem Zentrum, z. B. einem Universitätsspital oder grossen Zentrumsspital, sowie aus einer regionalen Koordination bestehen. Diese Organisationsform könnte es Auszubildenden ermöglichen, flexibel von einem Ort zum anderen zu wechseln. «Die Leitung eines solchen Kreises hätte die Verantwortung, unter Anwesenheit des Chefarztes, Kandidaten anzuhö-

ren und eine Art von Laufbahnplanung für die Weiterbildung zu entwerfen. Es könnte darauf geachtet werden, dass eine gezielte Rotation stattfindet. Eine solche Personalentwicklung vermisste ich in der Chirurgie.»

Mehr Regulierung ist erwünscht

Barras wünscht sich insgesamt mehr Mut zu unkonventionellen Lösungen. So brauche es auch Leute, die zur Bremsung des Kostenwachstums nicht nur liberale, sondern auch regulative Ansätze in Betracht ziehen. «Wir haben bewusst ein System eingeführt, in dem die Spitäler gegeneinander konkurrenzieren. Um diesen Wettbewerb zu überleben, muss ein Spital wachsen bzw. die Menge wird wichtiger. Es bestehen Anreize für Spitäler und Ärzte, möglichst viele und möglichst lukrative Eingriffe vorzunehmen bzw. teure Medizintechnik zu verwenden. «Es sollte daher eine breite Diskussion darüber geführt werden, welche Leistungen unerlässlich sind und was wünschenswert ist.» Der Staat sei in einer Demokratie dazu legitimiert, entsprechend regulativ einzugreifen. «Da Kantonspolitiker aus lokalwirtschaftlichen Gründen daran interessiert sind, lokale Spitäler auszubauen, muss stärker auf der Bundesebene angesetzt werden.» ■

Martina Greiter

Planifier la formation des chirurgiens

Jean-Pierre Barras a dirigé pendant 20 ans le service de chirurgie de l'Hôpital des Bourgois à Soleure. Issu d'une famille d'artisans gruériens, marié et père de cinq enfants, il profite de sa retraite, depuis l'an dernier, pour satisfaire des intérêts variés. Il s'est notamment engagé dans la politique locale et a été élu en mai 2017 hors parti à l'exécutif de la ville de Soleure.

L'ancien médecin-chef défend une flexibilisation du temps de travail, avec des modèles différents selon les spécialités. A son avis, une réglementation stricte des compensations entraîne beaucoup d'interruptions inutiles dans le temps de travail, avec pour conséquence que les médecins connaissent moins bien leurs patients qu'autrefois. Il estime aussi nécessaire d'améliorer l'organisation de la formation postgraduée et d'accompagner plus soigneusement les chirurgiens en formation. Comme le processus de spécialisation dépend fortement des postes disponibles et des imprévus, il plaide pour une meilleure planification du développement du personnel. ■

Who is new

Ensemble hospitalier de la Côte Chef du service d'orthopédie



Depuis le 1^{er} mai, le **Dr Stefan Bauer** est médecin-chef du service d'orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). Ancien joueur de football professionnel, au bénéfice d'une formation de pointe en orthopédie et traumatologie réalisée en Australie, le Dr Bauer s'est spécialisé dans les domaines de la chirurgie de l'épaule et du coude ainsi qu'en chirurgie arthroscopique et du sport. Il a effectué une partie de sa formation aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Détenteur d'un FMH dans sa spécialité, le Dr Bauer a également de solides compétences en chirurgie orthopédique générale et en orthopédie pédiatrique. Ces deux dernières années, il a exercé en tant que médecin adjoint à Lörrach (D). ■

Universitätsklinik Balgrist Beförderung zum stv. Chefarzt Orthopädie



Prof. Dominik Meyer ist seit dem 1. August 2017 Teamleiter des Bereichs Schulter- und Ellbogenchirurgie und Stv. Chefarzt Orthopädie an der Universitätsklinik Balgrist. Sein Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich der experimentellen Untersuchung und Weiterentwicklung von Diagnostik und Therapie von Sehnen- und Muskelverletzungen des Bewegungsapparates. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt baut auf der Zusatzausbildung in Medizinphysik an der ETH Zürich auf. Dominik Meyer engagiert sich auch in der Entwicklung von medizintechnischen Implantaten und Verfahren und arbeitet dahingehend mit verschiedenen Industriepartnern sowie der EMPA Dübendorf zusammen. ■

Insel Gruppe Neuer Klinikdirektor Medizinische Onkologie



Der Verwaltungsrat der Insel Gruppe hat **Prof. Adrian Ochsenbein** per 1. September 2017 zum Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie gewählt. Er ist seit 2003 am Inselspital tätig und übernimmt das Amt von Prof. Martin Fey, der emeritiert wird. 2001 erhielt er die *venia docendi* an der Universität Zürich, 2003 eine Assistenz- und 2008 eine assoziierte Professur der Universität Bern. 2011 wurde er zum Chefarzt der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie und gleichzeitig zum Extraordinarius ernannt. Prof. Ochsenbeins Aufgabe wird es sein, die Universitätsklinik für Medizinische Onkologie weiterhin erfolgreich zu positionieren und den Aufbau des geplanten Comprehensive Cancer Centers (CCC) weiter voranzutreiben. ■

Kliniken Valens Neuer Chefarzt Neurologie für das Rehaszentrum Valens



Dr. med. Dr. sc. nat. Roman R. Gonzenbach ist seit dem 1. September 2017 Chefarzt Neurologie und Neurorehabilitation im Rehaszentrum Valens. Er absolvierte sein Medizinstudium an der Universität Zürich und ein MD-PhD-Programm bei Prof. Martin Schwab. Zudem bildete er sich in Neurologie am UniversitätsSpital Zürich weiter und forschte im Bereich Neurorehabilitation bei Prof. Dr. A. Luft. Dr. Gonzenbach war Stv. Oberarzt in der Schulthessklinik und seit 2015 als Leitender Arzt Neurologie im Rehaszentrum Valens tätig. Er hat nun das Zepter von Prof. Dr. med. Jürg Kesselring übernommen, der Ende August nach über 30-jähriger Tätigkeit für die Kliniken Va-

lens in Pension gegangen ist, dem Rehabilitationszentrum aber als Botschafter und Senior Expert in einem kleinen Penum nach wie vor zur Verfügung steht. ■

Zuger Kantonsspital Neuer Kaderarzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie



Dr. med. Martin Reidy ist Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie. Er verfügt über eine langjährige und breite Ausbildung im Bereich der Allgemein Chirurgie, Traumatologie und Orthopädie. Am Zuger Kantonsspital wird er hauptsächlich für die Hüftchirurgie zuständig sein. Dr. med. Reidy hat in verschiedenen Schweizer Kliniken in Oberarztfunktion gearbeitet, unter anderem am Spital Interlaken, am Kantonsspital Münsterlingen sowie als Oberarzt i. V. an der Universitätsklinik Balgrist. Insgesamt ist er bereits seit rund sieben Jahren als Oberarzt tätig, zuletzt in der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital Winterthur. Seit Mitte September 2017 ist Dr. med. Reidy in der Funktion als Leitender Arzt tätig. ■

Ente Ospedaliero Cantonale Site de Lugano Chef du département de chirurgie



Le **Pr. Pietro Majno-Hurst**, spécialiste en chirurgie générale et viscérale, a été nommé à partir de l'an prochaine chef du département et du service de chirurgie de l'Hôpital régional de Lugano (ORL) et professeur à l'Institut de médecine humaine de l'Université de la Suisse italienne. Diplômé de l'Université de Milan, le Dr Majno-Hurst a poursuivi sa formation et

Anzeige

KOSTEN UND TARIFE
Unsere Benchmarking-Daten unterstützen die Ausarbeitung von zielgerichteten Optimierungsvorschlägen.
Ich berate Sie gerne!

KELLER
UNTERNEHMENS
BERATUNG

PROZESSE
CONTROLLING
INFORMATIK
COACHING

DR. OTHMAR HAUSHEER
www.keller-beratung.ch | Telefon 056 483 05 10 | 5405 Baden-Dättwil

sa carrière au Royaume-Uni, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et à Paris, avant d'intégrer l'équipe des transplantations adultes et pédiatriques et de la chirurgie hépatique des HUG. Professeur associé depuis 2010, il dirige depuis 2014 le Centre pluridisciplinaire des affections hépato-biliaires et pancréatiques. Depuis 2012, il dirige aussi le programme de Médecine complexe hépato-biliaire et pancréatique de l'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), qui a permis d'opérer plus de 250 patients au Tessin. ■

Médecin adjointe en neurochirurgie



La **Dr. Dominique Kuhlen** a été nommée fin septembre médecin adjointe du Service de neurochirurgie de l'ORL. Après son doctorat de médecine à l'Université de Berne, la Dr. Kuhlen a obtenu en 2010 le titre FMH de spécialiste en neurochirurgie. Elle a travaillé

ensuite durant trois ans comme cheffe de clinique en neurochirurgie à l'Hôpital universitaire de Munich. Cheffe du service de neurochirurgie au Neurocentre de la Suisse italienne depuis 2013, elle a suivi en 2014 l'Executive MBA de l'Université de Saint Gall et elle est auteure de plusieurs publications et contributions scientifiques. ■

Zürcher RehaZentren

Neuer CEO



Am 1. Oktober 2017 hat **Markus Gautschi** als CEO die Leitung der Zürcher RehaZentren übernommen. Zuletzt leitete er die Hochgebirgsklinik Davos. Zuvor war er CEO der Psychiatrischen Dienste Aargau AG, Direktor des See-Spitals Horgen und Kilchberg sowie Direktor des Spitals und Pflegeheims Davos. Als Präsident der Schweizerischen Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren (SVS) und Mitglied verschiedener Führungsgremien namhafter Organisationen ist Markus Gautschi ein profunder Kenner des schweizerischen Gesundheitswesens. ■

Klinik Lengg AG

Neuer CEO



Der Verwaltungsrat der Klinik Lengg AG wählte am 8. Mai 2017 **Andreas Greulich** zum neuen CEO und Vorsitzenden der Geschäftsleitung der Klinik Lengg AG. Greulich hat seine neue Funktion am 1. Oktober 2017 angetreten. Er ist seit 2009 Leiter Medizin

bereiche (Herz-Gefäss-Thorax sowie zwischenzeitlich Anästhesiologie-Intensivmedizin-OP-Management) des UniversitätsSpitals Zürich mit rund 1700 Mitarbeitenden. Von 1998 bis 2009 war Andreas Greulich Departementsmanager im Inselspital Bern. Der bisherige CEO der Klinik Lengg AG, Thomas Straubhaar, hat zum Bedauern des Verwaltungsrats die Klinik Lengg per 30. Juni 2017 verlassen, um im Kanton Bern eine neue Aufgabe als Direktor der Klinik Siloah zu übernehmen. ■

Spital Uster

Neuer Leiter Departement Operative Disziplinen



Dr. Vital Schreiber hat seine Funktion als neuer Leiter Departement Operative Disziplinen im Spital Uster per 1. Oktober 2017 als Nachfolger von Prof. Dr. Gian A. Melcher angetreten, der nach 21 Jahren seine Führungsaufgaben abgibt. Dr. Schreiber ist Fach-

arzt Chirurgie, mit den Schwerpunkten Viszeralchirurgie FMH sowie Allgemein- und Unfallchirurgie FMH. Er trat 2011 als Leitender Arzt in die Chirurgische Klinik des Spitals Uster ein. 2016 wurde er zum Klinikleiter Chirurgie und Chefarzt Viszeralchirurgie berufen. Der ausgewiesene Chirurg blickt auf eine langjährige berufliche Erfahrung an verschiedenen Spitälern zurück und zeichnet sich durch seine Führungserfahrung in Spitälern, nationalen und regionalen Berufs- und Weiterbildungsverbänden und im Militär aus. ■

Centre hospitalier Bienne

Médecin-chef en médecine intensive



Le service de médecine intensive du Centre hospitalier Bienne (CHB) est placé depuis le 1^{er} novembre sous la direction du **Dr. Marcus Laube**, spécialiste en médecine intensive, médecine interne générale et anesthésiologie. Depuis 2001 au CHB, le Dr

Laube a exercé trois ans comme chef de clinique en médecine intensive et médecine interne générale, puis comme chef de service. Jusqu'en 2014, cette fonction englobait aussi la médecine d'urgence et la responsabilité médicale pour le Service de sauvetage Bienne ARB. Formé notamment à l'Hôpital de l'Île à Berne, aux Hôpitaux universitaires de Genève ainsi qu'à l'Hôpital régional de Bienne, le Dr Laube a également obtenu un certificat de capacité en médecine d'urgence clinique SSMUS et un certificat de gestion de la Haute école de Saint-Gall. ■

Ihre neuen Mitarbeitenden in «Who is new» in Competence

In «Who is new» stellt Competence neue Kader und leitende Mitarbeitende in den Schweizer Spitälern, Kliniken und Langzeitinstitutionen vor. Bitte informieren Sie uns über neue Stelleninhaber/-innen in Ihrer Institution.

- Management: CEO, Direktoren/-innen, Mitglieder der Geschäftsleitung
- Pflege: Pflegedirektoren/-innen, andere leitende Pflegekräfte
- Medizin: Chefärzte/-innen, Leitende Ärzte/-innen
- Kader und Mitarbeitende mit Leitungsfunktionen in weiteren Bereichen (Haustechnik, Facility Management, Spitalapotheke etc.)

Informationen (Kurztext, CV o.ä.) mit hochauflösendem Foto sind willkommen bei der Redaktion (martina.greiter@hplus.ch).

Die Rubrik erscheint ebenfalls auf www.competence-hospitalforum.ch. ■

Vos nouveaux collaborateurs dans le «Who is new» de Competence

Dans son «Who is new», Competence présente les nouveaux cadres et personnes exerçant des tâches dirigeantes dans les hôpitaux, cliniques et établissements de longue durée en Suisse. Veuillez nous informer sur les nominations intervenant dans votre institution.

- Management: CEO, directeurs, directrices, membres de la direction
- Soins: directeurs, directrices, autres soignants exerçant des tâches dirigeantes
- Médecine: médecins-chefs, autres médecins exerçant des tâches dirigeantes
- Cadres et collaborateurs exerçant des tâches dirigeantes dans d'autres secteurs (Facility Management, pharmacie d'hôpital, domaine technique, etc.)

Informations (texte bref, CV) et photo haute résolution sont les bienvenues auprès de la rédaction (marie-claire.chamot@hplus.ch).

La rubrique paraît également sous: www.competence-hospitalforum.ch. ■

Gezielte Steuerung der Antibiotikatherapie

Mit dem körpereigenen Infektionsmarker Procalcitonin lässt sich die Antibiotikatherapie bei Infektionen gezielt steuern. Diese wird verkürzt, aber auch ihre Nebenwirkungen und die Mortalität nehmen ab. Dies berichten Forschende unter Leitung von Prof. Dr. Philipp Schütz vom Kantonsspital Aarau nach einer Metaanalyse von über 6700 internationalen Daten von Patientinnen und Patienten mit Atemwegsinfektionen in der Fachzeitschrift «The Lancet Infectious Diseases». Gemäss Prof. Schütz, machen diese Resultate Hoffnung, dass dem Trend der Antibiotika-Resistenzbildung entgegengewirkt werden kann. ■

Info: www.ksa.ch → 16.10.2017

Réseau universitaire rhodanien franco-suisse

Cinq universités de l'arc lémanique et de la Région Auvergne-Rhône-Alpes s'associent pour créer le réseau «Alliance Campus Rhodanien» et renforcer ainsi les synergies scientifiques entre l'Université de Genève (UNIGE), la Communauté Université Grenoble Alpes, la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), l'Université de Lausanne et l'Université de Lyon. La signature de l'accord d'engagement par les rectrices, recteur et présidents des cinq institutions s'est déroulée à Genève. ■

Info: www.unige.ch → 27.10.2017

Biomedizinische Forschung: Kräfte bündeln

Im Hinblick auf das EU-Nachfolgeprogramm für Horizon 2020 hat die Federation of European Academies of Medicine (FEAM) gemeinsam mit der Alliance for Biomedical Research in Europe das Positionspapier «Strengthening biomedical research for the benefit of European citizens» verfasst, das insbesondere eine Stärkung der translationalen und der klinischen Forschung fordert. Als Mitglied der FEAM unterstützt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) dieses Positionspapier, das fünf Forderungen an die europäische Forschungsagenda stellt. ■

Info: www.samw.ch → 10.10.2017

Une start-up lausannoise lève 200 millions

Spécialisée dans le développement de médicaments contre le cancer, ADC Therapeutics, dont le siège est installé à Epalinges, a annoncé le bouclage d'une levée de fonds de 200 millions de dollars. Depuis sa fondation en 2012, cette start-up lausannoise enchaîne les tours de table et a déjà levé en tout 455 millions de dollars. ADC Therapeutics exploite des laboratoires en Angleterre et aux Etats-Unis, ainsi qu'une unité de production à San Francisco. En tout, la société emploie 55 personnes. ■

Info: www.adctherapeutics.com → 23.10.2017

Interface cerveau-machine: le public associé

Artlab EPFL inaugure la première expérience publique de symbiose cognitive avec son exposition Mental Work, ouverte au public jusqu'au 11 février 2018. Les visiteurs peuvent faire l'expérience du contrôle de machines grâce à des interfaces cerveau-machine. De plus, ces données d'ondes cérébrales anonymisées seront mises à la disposition de la communauté scientifique dans le but d'améliorer les interfaces cognitives. Cette exposition associe donc les visiteurs aux avancées de la science, mais elle veut aussi susciter un débat sociétal sur la relation entre humains et machines et la manière dont cette relation va évoluer avec les avancées technologiques. ■

Info: www.epfl.ch → 20.10.2017

Zehn Jahre Clinical Trial Unit Basel

Seit zehn Jahren unterstützt die Clinical Trial Unit Basel Forschende des Universitätsspitals Basel (USB), der Universität Basel sowie von assoziierten Spitälern bei der Planung und Durchführung von Studien mit Beteiligung von Patienten. Seit der Gründung wurden rund 1500 Beratungsgespräche geführt und mehr als 100 Studien überwacht. 37 Fachleute unterstützen die Forschenden in jeder Phase ihrer Studie und stellen sicher, dass diese den Qualitätsstandards gerecht werden und die Ergebnisse international anerkannt werden. Das USB zählt mittlerweile 76 Forschungsgruppen, die auf die Expertise des CTU-Teams zählen können. ■

Info: www.usb.ch → 31.10.2017



November / novembre

Zürich, 28.11.

AQC-Tagung 2017: Ambulante Chirurgie im Wandel – Vorteile und Nachteile

Geschäftsstelle c/o Adjumed Services GmbH, Birmensdorferstrasse 470, 8055 Zürich, Tel. 044 450 10 63, 2017@aqc.ch, www.aqc.ch

Dezember / décembre

Solothurn, 6.12.

9. Nationales Symposium für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Erfolge im Qualitätsmanagement

Schweizerische Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sQmh und Berner Fachhochschule Gesundheit BFH, info@qmsymposium.ch, www.qmsymposium.ch

Bern, 12.12.

Symposium «Digitalisierung im Gesundheitswesen»

Public Health Schweiz, Dufourstrasse 30, 3005 Bern, Tel. 031 350 16 00, info@public-health.ch, www.public-health.ch

➤ Medienpartnerschaft mit Competence / Partenariat média avec Competence

Ihre Veranstaltung in Competence

Votre manifestation dans Competence

Bitte senden Sie Informationen über bevorstehende Veranstaltungen an: stefan.althaus@hplus.ch

Möchten auch Sie für Ihre Veranstaltung eine Medienpartnerschaft mit Competence eingehen?

Unsere Kundenberatung ist gerne für Sie da:
Tel. 055 418 82 00, info@bwmedien.ch

Veuillez SVP faire parvenir vos annonces de manifestations à: stefan.althaus@hplus.ch

Vous souhaitez que Competence soit partenaire média de votre manifestation?

Notre conseiller se tient à votre disposition:
tél. 055 418 82 00, info@bwmedien.ch

Januar / janvier 2018

Bern, 18.1.

19. Nationale Gesundheitsförderungs-Konferenz und 4. NCD-Stakeholderkonferenz

Meister ConCept GmbH, Bahnhofstrasse 55, 5001 Aarau, Tel. 062 836 20 90, gf-konferenz@meister-concept.ch, www.konferenz.gesundheitsfoerderung.ch

Bern, 18.1.

Q-Day

ANQ, Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken, Thunstrasse 17, 3000 Bern 6, Tel. 031 511 38 40, info@anq.ch, www.anq.ch

St. Gallen, 24.–25.1.

➤ 11. Fachsymposium Gesundheit: Verstehen und Verstanden werden

Kantonsspital St. Gallen, Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen, Tel. 071 494 23 11, franzisca.diehl@kssg.ch, www.fachsymposium.ch

Lausanne, 25.1.

Le rôle des conseils d'administration et des autorités de surveillance des institutions de santé dans la qualité et la sécurité des soins

Centre Hospitalier universitaire vaudoise (CHUV), Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Tél. 021 314 60 85, maud.coderey@chuv, www.fr.amiando.com/gouvernancequalite201801

Bern, 25.–26.1.

7. DRG Forum Schweiz – Deutschland: DRG und TARPSY – Im siebten Himmel oder zum Nachbessern?

MediCongress GmbH, Auenstrasse 10, 8600 Dübendorf, Tel. 044 210 04 24, info@medicongress.ch, www.medicongress.ch

Februar / février 2018

Luzern, 28.2.–1.3.

Trendtage Gesundheit Luzern: BE SMART – Medizin mit Augenmass

Forum Gesundheit Luzern, Horwerstrasse 87, 6005 Luzern, Tel. 041 318 37 97, info@trendtage-gesundheit.ch, www.trendtage-gesundheit.ch

März / mars 2018

Luzern, 8.–9.3.

SWISS eHEALTH FORUM 2018: Gesundheitswesen – Im Prozess der digitalen Transformation

MKR Consulting AG, Steinerstrasse 37, 3006 Bern, Tel. 031 350 40 50, info@mkr.ch, www.e-healthforum.ch

Technisches, geballtes Know-how im IHS

Die Mitglieder des IHS sind in den unterschiedlichsten Bereichen des Spitals und den Zulieferfirmen im Infrastrukturbereich tätig. Die Kompetenz der Mitglieder des IHS ist sehr breit angelegt. Das engmaschige Netzwerk zieht sich über die gesamte Schweiz und darüber hinaus nach Europa und der Welt.

Der IHS (Ingenieur Hospital Schweiz) ist der Verband, welcher primär dem Erfahrungsaustausch und der Vernetzung der technischen Führungskräfte aus den Spitälern dient. Ursprünglich als reiner Spitalingenieurverband gegründet, hat der IHS sein Spektrum stark erweitert. Heute können auch Architekten und Sicherheitsbeauftragte, sowie alle Führungskräfte aus dem technischen Infrastrukturbereich eines Spitals Mitglied des IHS werden. In verschiedenen Fachgruppen (Elektrische Sicherheit / Gase / Biomedizin, Kennzahlen, BIM, Brandschutz) werden von eigenen Aktivmitgliedern spezielle Technische Empfehlungen (TEM) verfasst. Diese TEM werden allen Vereinsmitgliedern kostenlos zur Verfügung gestellt. So werden die erarbeiteten Kernkompetenzen allen offen gelegt und stehen so für eine kostengünstige Projektabwicklung und Ausführung zur Verfügung.

Etwa ein Drittel der Mitglieder sind nicht stimmberechtigte Firmenmitglieder. So fließt deren Fachkompetenz mit in die Arbeit des IHS ein. Um den Erfahrungsaustausch und die Vernetzung zu fördern, veranstaltet der IHS auch regelmässig Fachveranstaltungen. Zusätzlich finden in den einzelnen Regionen der Schweiz auch Tagungen, jeweils abwechselnd in den einzelnen Spitälern statt. Wobei hier ein starkes Augenmerk auf Praxisbezug gelegt wird. Der IHS kooperiert international in Europa und weltweit mit Partnerverbänden. Für H+ stellt der IHS die technische Kompetenz dar. Weiter nimmt der IHS die Interessenvertretung der Spitalingenieure und damit auch der Spitäler gegenüber Behörden, Verbänden, Herausgeber von Normen und Institutionen wahr.

In der heutigen schnelllebigen und hochtechnisierten Spitalwelt ist es von existenzieller Bedeutung, ein funktionierendes Netzwerk, insbesondere auch im techni-

schon, infrastrukturellen Bereich der Spitäler zur Verfügung zu haben. Ohne Technik funktioniert heute kein Spital. Menschenleben hängen ab von der Zuverlässigkeit der Technik. Die Planung von Investitionen, sowie deren Realisierung und spätere Instandhaltung laufen in der Regel im Hintergrund und führen dank der kompetenten Leistung der Ingenieure, Techniker und Handwerker der Infrastruktur zu einem reibungslosen Funktionieren des Spitals. Nicht unerhebliche personelle und finanzielle Ressourcen werden von den Spitälern dafür aufgewendet. Deshalb ist es von enormer Wichtigkeit, dass diesen Spezialisten eine Plattform für den Erfahrungsaustausch zur Verfügung gestellt wird.

In der Schweiz gibt es nur einen Verband, welcher diese Möglichkeit bietet. Hier können sich die Know-how-Träger der Spitäler in «ihrer Sprache» austauschen. Nur so können die einzelnen Spitäler von der Erfahrung anderer profitieren und Kosten einsparen. Durch die Mitwirkung des IHS bei der Erarbeitung von Normen und Richtlinien kann dieser auf normative Vorgaben Einfluss nehmen und so Mehrkosten durch unnötige und teilweise kostenintensive Forderungen verhindern, bzw. verringern. Durch die Vernetzung der Spitalingenieure mit den technischen Lieferanten nehmen die Spitalingenieure Einfluss auf die Produkte und Dienstleistungen und können hier im Sinne der Spitäler die Produkte optimieren.

Die Spitäler haben den Nutzen des IHS erkannt. Die Zahl der Mitglieder entwickelt sich in den letzten Jahren positiv. Der IHS wird sich weiterentwickeln und die Anforderungen für die Zukunft zielgerichtet aufnehmen und in seiner täglichen Arbeit berücksichtigen. Der IHS beschäftigt sich kontinuierlich mit der Weiterentwicklung und der Struktur, um auch in Zukunft optimal aufgestellt zu sein. Trotz der in Zukunft

sicherlich schwierigeren finanziellen Situation und knapper werdenden Ressourcen, bedingt durch die neue Spitalfinanzierung, wird die Mitgliedschaft im IHS für die Spitäler ein wichtiger Beitrag zur Optimierung der Kosten im technischen Infrastrukturbereich sein. ■

Michael Schuler
Leiter Engineering & Bauwerke
Universitätsspital Basel
Ressortleiter Kommunikation IHS

IHS Agenda

Information www.ihs.ch
Traduction: voir www.ihs.ch

Fachgruppe Biomedizin/Biomédicale

Silvie Brouwer
silvie-b@bluewin.ch

Fachgruppe Elektrische Sicherheit / Sécurité électrique

Ruedi Keiser • Stadt Zürich Stadtspital Triemli
ruedi.keiser@triemli.zuerich.ch

Fachgruppe Gase/Gaz

Frank Argast • Universitätsspital Basel
frank.argast@usb.ch

Fachgruppe Kennzahlen/chiffres clés

Peter Staub • pom + Consulting AG
peter.staub@pom.ch

Fachgruppe Spitalstandard/standard hôpital

Ivan Gattlen • Hirslanden AG
ivan.gattlen@hirslanden.ch

Fachgruppe Brandschutz/protection incendie

Jean-Charles Lamonato
jean-charles@lamonato.net

Regionalgruppen/Groupes régionaux

Romand et Tessinois
Jean-Marc Torrent • HUG
jean-marc.torrent@hcuge.ch

Zentral/central

Bruno Jung • Insel Bern
bruno.jung@insel.ch

Ost/Est

Urs Holzer • Kantonsspital Winterthur
urs.holzer@ksw.ch

Impressum IHS

Offizielles Organ des IHS/Ingenieur Hospital Schweiz
Organe officiel de l'IHS/Ingénieur Hôpital Suisse

Herausgeber

Ingenieur Hospital Schweiz
IHS Geschäftsstelle • Rütthofstrasse 21
4112 Bättwil • ihs-gs@ihs.ch

Redaktion/Rédaction

Michael Schuler • c/o Universitätsspital Basel
4031 Basel • michael.schuler@usb.ch



Enquête sur la direction des soins, un modèle professionnel en cours d'actualisation

Le propre d'une activité qui devient visible lorsqu'elle n'est pas faite, c'est qu'elle suscite des questions sur son bien-fondé, sa raison d'être. Mettre en visibilité la richesse et l'importance de l'activité d'une direction des soins est l'enjeu de l'actualisation de notre modèle professionnel.

L'activité des cadres de soin, d'une direction des soins est peu connue, peu visible, et se situe systématiquement dans des champs de tensions. Ces tensions résident dans les attentes du terrain et celles d'une direction générale; la mission première et les contingences financières; la stratégie et l'opérationnel; «les soins» et le collectif institutionnel; le soin et l'exécution des tâches; la clinique et l'administration etc.

Garant des équilibres et des dynamiques

L'activité d'une direction des soins est celle d'un mailleur – un tisseur de liens – d'un architecte social. Tête pensante et cœur battant, elle est souvent un garant des équilibres, des dynamiques institutionnelles positives. Un rôle modèle qui requiert des savoirs, de multiples compétences, de la ténacité, de la bienveillance. Le monde sanitaire et les besoins de la population évoluent vite. Il en va de même pour les exigences à l'égard des cadres soignants. Ces exigences/compétences et l'activité assurée sont transcrites dans un modèle professionnel.

L'actualisation d'un modèle professionnel

Un modèle professionnel sert notamment à:

- Rendre visible le travail
- Mettre en exergue la spécificité du travail selon le type d'institution, les régions, etc.
- Inspirer les descriptifs de fonction
- Alimenter les prises de position
- Inspirer des curricula de formation et de programmes de développement
- Permettre des auto-évaluations et des évaluations

La nécessité d'actualiser notre modèle professionnel s'est complété par la volonté d'intégrer les spécificités des régions et des structures sanitaires; de co-construire avec les membres de notre association; de se fonder sur des données probantes (EBP).

Un chemin parcouru avec nos membres

Dans un premier temps nous avons réalisé une recherche de littérature. Le focus était mis sur les activités et l'étendue des responsabilités couvertes par une direction des soins, tant dans les soins aigus, la réadaptation, les EMS que les soins à domicile. Une première synthèse a été proposée aux membres du comité en mars 2017. L'EBP requiert aussi l'intégration de l'expertise clinique, sic l'expertise en leadership soignant. Forts de leur expérience les membres du comité ont complété la synthèse. Par la suite des dizaines d'organigrammes et descriptifs de fonctions ont été analysés, une quantité de programmes proposés par des centres de formation de référence ont été disséqués. De ces travaux préparatoires, un premier modèle a été proposé à nos membres lors de notre assemblée générale. Leur participation active et la libre circulation des idées ont été mises en oeuvre par le biais d'un world café. Leurs compléments, les ajustements, les suggestions ont été considérées pour renforcer le modèle.

Cinq domaines et une enquête

Aujourd'hui, notre modèle comprend cinq domaines: – Stratégie, Politique & Influence; Clinique; Opérationnel; Amélioration continue & sécurité; et Rôle modèle. Ils sont constitués chacun de trois sous-domaines qui à leur tour regroupent cinq à six activités ou compétences. L'ensemble a été glissé dans un SurveyMonkey®. Cette enquête a été adressée (automne 2017) à chacun de nos membres. Il leur est demandé de prendre un peu de temps pour réfléchir à leur pratique et d'indiquer pour chacun des topiques: «à quel degré – sur une échelle de 1 à 10 – vous réalisez effectivement cette activité (IST) ET pour cette même activité d'indiquer ce qui selon vous devrait être le degré (SOLL)».



Foto: SNL

Nous prévoyons l'analyse des résultats-début 2018. Ensuite il est convenu d'aller à la rencontre des groupes régionaux pour présenter et, par le biais de focus groupes, affiner les résultats/constats. Notre objectif est de pouvoir présenter notre modèle professionnel – actualisé, co-construit avec nos membres et appuyé sur des données probantes – lors de la prochaine assemblée générale de Swiss Nurse Leaders. ■

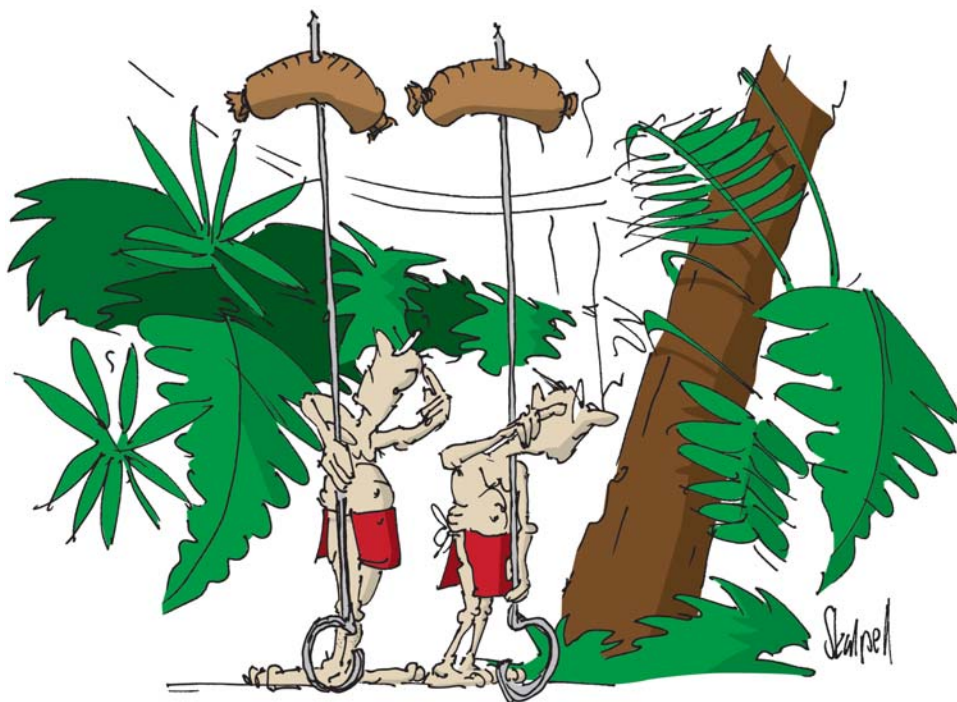
Mario Desmedt

Vice-président de Swiss Nurse Leaders

L'association Swiss Nurse Leaders est l'organisation faitière des directions des soins, elle compte aujourd'hui 320 directeurs et directrices des soins comme membres actifs. ■

Swiss Nurse Leaders

Geschäftsstelle / Secrétariat général
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
Postfach
3001 Bern
Telefon +41 (0) 31 306 93 75
info@swissnurseleaders.ch
www.swissnurseleaders.ch



Immer tiefer in den etatistischen Dschungel

Der grosse Vorteil der Etatisten ist, dass sie berechenbar sind. Von Bern-Liebefeld über die EU in Brüssel bis nach Spanien. «L'État, c'est moi!», sagte der absolutistische Herrscher und setzte in aller Härte um, was zu erwarten war. Der Bund verordnet ebenso erwartet Amtstarife für TARMED und Physio und präsentiert dann zwei Wochen später als etatistische Krönung Globalbudgets als Allerheilmittel. Der vom Steuermann Berset eingesetzte Rat der Weisen liefert ein perfektes Global-Spar-Monster. Nun müssen sich (fast) alle warm anziehen, ausser die Versicherer, die Wettbewerb fordern und sich selber immer konsequent davon ausnehmen.

Warum? Wer sucht, der findet dieses Haar in der Kostenbremse-Suppe der Experten. Es befindet sich auf Seite 59 im 131-seitigen Werk und heisst «Differenzierter Kontrahierungszwang», eine alte Krankenkassen-Platte, neu aufgelegt mit einer zusätzlichen Rille, doch so einseitig wie in all den Vorjahren. Warum denn nur den Vertragszwang der Versicherer mit den Leistungserbringern lockern? Die Spitäler, Kliniken und Arztpraxen wollen gleich lange Spiesse. Wenn ein Patient sich für einen

planbaren Eingriff im Spital anmeldet und das Krankenkassen-Kärtchen eines Schwarzen Schafes mit mehr als nur lausiger Zahlungsmoral zeigt, dann sagt die Empfangsdame freundlich, aber bestimmt: «Nein danke, wechseln Sie die Kasse, dann sind Sie herzlich willkommen.»

Etatistischer Wettbewerb kann nur korrekt mit gleich langen Spiesen funktionieren. Das BAG kontrolliert und deckelt die Löhne der Chefärzte UND der Krankenkassen-Bosse. Die Pflegekosten werden verglichen mit den administrativen Versicherer-Ausgaben. Auge um Auge, Zahn um Zahn.

So kommen wir weiter vorwärts und dringen immer tiefer in den Dschungel der Etatisten ein, bis sie sich endlich hoffnungslos verirren.

Aber merke: Nur die Etatisten sind einfach berechenbar. Parlamente schon viel weniger und die Stimmbürgerschaft schon gar nicht. Da wird es am Ende der demokratischen Fahnenstange keinen warmen Empfang für Globalbudgets und die Abschaffung der freien Arzt- und Spitalwahl geben. Der Liebefelder Friedhof hat noch Platz für viele Reformen der Etatisten. ■

Simplicissimus

Au fond de la jungle étatiste

Le gros avantage avec les étatistes, c'est qu'ils sont prévisibles. Qu'ils soient à Berne-Liebefeld, à l'UE à Bruxelles ou en Espagne. «L'État, c'est moi!», proclamait le monarque absolutiste. Et d'appliquer ce principe avec toute la fermeté que l'on pouvait en attendre. La Confédération agit de même: elle impose des tarifs officiels et revient deux semaines plus tard avec, pour couronnement étatiste, les budgets globaux. Le conseil des sages du grand timonier Alain Berset a accouché du monstre des économies globales. Il est temps pour tout un chacun de passer une petite laine, à l'exception des assureurs qui prêchent la concurrence tout en s'en affranchissant eux-mêmes.

Pourquoi? Qui cherche trouve ce cheveu dans la soupe concoctée par les experts. Il figure à la page 59 de leur livre de recettes et s'intitule «obligation différenciée de contracter». Ce vieux plat des caisses maladie est resservi avec une brèche supplémentaire mais il est toujours aussi déséquilibré. Pourquoi lever uniquement l'obligation de contracter des assureurs avec les fournisseurs de prestations?

Les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux veulent partager le repas avec des fourchettes de même longueur. Si un patient s'annonce à l'hôpital pour une intervention planifiée et que, du petit jeu de cartes des caisses maladie, sort un mouton noir traînant une morale de paiement plutôt pitoyable, la dame à la réception dira: «Commencez donc par changer d'assureur. Ensuite, nous nous ferons un plaisir de vous accueillir.» Et si l'OFSP veut contrôler et plafonner les salaires des médecins-chefs, qu'il le fasse aussi pour les patrons des caisses.

Aujourd'hui, cette fuite en avant nous entraîne toujours plus profond dans la jungle étatiste. Mais attention: seuls les étatistes sont aisément prévisibles. Les parlementaires déjà beaucoup moins et les citoyens pas du tout. Les budgets globaux et l'enterrement du libre choix du médecin et de l'hôpital ne seront pas accueillis avec un enthousiasme délirant par le bas peuple. Le cimetière de Liebefeld dispose encore de vastes espaces pour les réformes des étatistes. ■

Simplicissime

In der nächsten Nummer von Competence:

Vertrauensarzt: Berater, Mediator oder Richter?

Unter anderem mit folgenden Themen:

- Stellungnahme seitens der Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte
- Rolle der kantonalen Ärztesgesellschaften
- Position der Krankenversicherer
- Erfahrungen eines Spitaldirektors und eines medizinischen Direktors
- Meinung eines Rechtsanwalts für Patientenrechte

Die Ausgabe 1–2/2018 von Competence erscheint am 3. Januar 2018.

Dans le prochain numéro de
Competence:

Le médecin-conseil: juge ou médiateur?

Avec entre autres les thèmes suivants:

- La profession vue par la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (SSMC)
- Le rôle des sociétés cantonales de médecine
- La position des assureurs
- Les expériences d'un directeur général et d'un directeur médical
- L'avis d'un avocat défenseur des assurés

L'édition 1–2/2018 de Competence
paraît le 3 janvier 2018.

Impressum

Competence | ISSN 1424-2168



Offizielles Organ von H+ Die Spitäler der Schweiz und der Schweizerischen Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren SVS
Organe officiel de H+ Les Hôpitaux de Suisse et de la Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux FSDH
Bolletino ufficiale dell' H+ Gli Ospedali Svizzeri e della Federazione svizzera dei direttori d'ospedale FSDO
www.competence-hospitalforum.ch

2017
81. Jahrgang 81^e année 81^a annata

Chefredaktor
Rédacteur en chef Redattore capo
Rolf Gilgen (rg), Direktor/CEO Spital Bülach,
Telefon 044 863 22 03, rolf.gilgen@spitalbuelach.ch

Redaktionelle Koordination
Coordination rédactionnelle Coordinazione redazionale
Valerie Zadori (vz), H+ Die Spitäler der Schweiz,
Telefon 031 335 11 63, valerie.zadori@hplus.ch

Redaktorin deutsche Schweiz
Martina Greiter (mg), Lorrainestrasse 4 A, 3013 Bern
Telefon 031 335 11 28, martina.greiter@hplus.ch

Rédactrice Suisse romande et Tessin
Marie-Claire Chamot Iuliano (mcc),
Route de la Perrausaz 24, 1442 Montagny-près-Yverdon,
Téléphone 078 711 77 23, marie-claire.chamot@hplus.ch

Internet
www.competence-hospitalforum.ch

Redaktionskommission
Commission de rédaction Commissione di redazione
Jean-François Cardis (jfc)
Mariano Masserini (mm)
Yves Mottet (ym)
Matthias Winistörfer (mw)
Hans-Peter Wyss (hw)

Layout
ea Medien AG, Werner-Kälin-Strasse 11, 8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 00, Fax 055 418 82 22,
info@eamedien.ch, www.eamedien.ch

Druck
Impression Stampa
ea Druck AG, Zürichstrasse 46, 8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 82, Fax 055 418 82 84,
info@eadruck.ch, www.eadruck.ch

Anzeigenverkauf
Vente des annonces Vendita di annunci
bw medien, ea Medien AG, Werner-Kälin-Str. 11, 8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 00, Fax 055 418 82 22,
info@bwmedien.ch, www.bwmedien.ch/competence
www.competence-hospitalforum.ch/de/insertate.html

Abonnemente/Verlag
Abonnements Abbonamenti
bw medien, ea Medien AG, Werner-Kälin-Str. 11, 8840 Einsiedeln
Telefon 055 418 82 00, Fax 055 418 82 22,
info@bwmedien.ch, www.bwmedien.ch/competence
www.competence-hospitalforum.ch/de/abo.html

Abonnement Inland/*abbonement en Suisse* CHF 124.–
Zusatzabonnement H+/SVS/*abbonement suppl.* CHF 62.–
Abonnement Ausland/*abbonement pour l'étranger* CHF 147.–
Einzelnnummer/*prix numéro isolé* CHF 15.–

Erscheinungsweise
Périodicité Pubblicazione
10x jährlich/10x par an
Januar/Februar und Juli/August als Doppelnummer

Auflagen
2500 Ex. Druckauflage
1841 Ex. WEMPF/SW-Beglaubigung
1377 Ex. Pflichtabonnements
311 Ex. bezahlte Abonnements
84 Gratisexemplare

- Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Einwilligung des Verlages gestattet.
Toute reproduction n'est permise qu'avec l'accord formel de l'éditeur.
- Die in dieser Zeitschrift vertretenen Auffassungen sind jene der Autoren und decken sich nicht unbedingt mit jenen der Redaktion.
Les opinions exprimées par les auteurs de cette revue ne sont pas nécessairement celles de la rédaction.
- Die Redaktion behält sich vor, über nicht bestellte Textbeiträge keine Korrespondenz zu führen.
La rédaction se réserve de n'échanger aucune correspondance au sujet des articles non commandés.



Competence wurde vom
Verband SCHWEIZER MEDIEN
mit dem Gütesiegel für 2017
ausgezeichnet.

Competence-Partner / Partenaires Competence



Ingenieur Hospital Schweiz (IHS)
Ingénieur Hôpital Suisse (IHS)



Swiss Nurse Leaders – die führende Organisation
des Pflegemanagements im Gesundheitswesen
*l'organisation faitière représentative en Suisse
des responsables des soins*



Die Höhere Fach- und Führungsschule
von H+ Die Spitäler der Schweiz
*L'Ecole supérieure et de gestion
de H+ Les Hôpitaux de Suisse*



Wir bringen alle zusammen.

Mit dem MediData-Netz ermoglichen wir einen effizienten Informationsaustausch und optimale Prozesse im Gesundheitswesen. Lernen Sie Ihre Vorteile kennen. Wir zeigen sie Ihnen gerne auf www.medidata.ch oder in einem Beratungsgesprach. Melden Sie sich ganz bequem und unverbindlich via www.medidata.ch/callback.