

Annamaria Müller, Vorsteherin Spitalamt des Kantons Bern, verlangt entscheidende Änderungen

Dringend nötig: ein Totalumbau von Gesundheitssystem und -finanzierung

Stellen Sie sich vor, Sie stünden vor einer grossen, unbekanntem Tinguely-Maschine, die nicht mehr richtig läuft. Sie nehmen einen Schraubenzieher und versuchen, ein loses Rädchen festzuzurren. Doch das Rädchen blockiert und zwei weitere, die damit verbunden sind, stehen still. Während Sie an der Schraube werkeln, reisst ein Treibriemen. Sie ersetzen ihn in Windeseile und stellen fest, dass in der Zwischenzeit ein Ventil wegen Überdruck geplatzt ist. Ausserdem sitzt der Treibriemen zu eng. Sie machen sich mit einer Zange am Ventil zu schaffen und suchen gleichzeitig nach einem passenden Treibriemen. Da bricht ein Kolben aus der Halterung, ein Röhrrchen beginnt zu vibrieren, drei weitere Schrauben fallen herunter ... Sie wissen was ich meine. Nun stellen Sie sich vor, Sie wären zuständig für unser Gesundheitswesen.

Die Finanzen laufen aus dem Ruder, das Fachpersonal bleibt weg, die Strukturen klemmen, die Regulierungen sind veraltet und die Patienten werden immer anspruchsvoller. Und Sie stehen da mit einem Schraubenzieher, einem unpassenden Treibriemen und einer Zange. Vielleicht haben Sie noch weitere Schrauben, Klemmen etc. auf Lager – vielleicht insgesamt 38 Stück. Vielleicht noch ein paar Werkzeuge in einer Schachtel auf der «AVOS» oder «EFAS» steht. Doch die Tinguely-Maschine Gesundheits-

wesen kriegen Sie damit nicht wieder flott. Sobald Sie sich eines Problems angenommen haben, entstehen drei neue.

Das System funktioniert, nur die Ergebnisse sind falsch

«Das Gesundheitswesen ist halt ein komplexes System», mögen Sie jetzt erwidern. «Man muss es nur überholen, schmieren und wieder in die Gänge kriegen. Die «Anderen» müssten einfach

nur wollen, dann würde es schon funktionieren». Doch das stimmt ausnahmsweise überhaupt nicht. «Die Anderen» sind nicht schuld. Genauso wenig wie Sie und Ihr Betrieb – im Gegenteil, das System funktioniert bestens, nur im Ergebnis nicht so, wie es soll.

Mit der Leistungsfinanzierung, der dominierenden Abgeltungsform seit der Jahrtausendwende, sind nämlich die Körner in Richtung marginorientierte Mengenmaximierung gestreut. Wer

Vieles ist in Bewegung, gerade im gesellschaftlichen und sozialen Umfeld. Das Gesundheitswesen hingegen wirkt in herkömmlichen Strukturen erstarrt.





Unser Gesundheitssystem ist enorm teuer, es braucht neue Organisationsformen für mehr Patienten-Zentriertheit und Wirtschaftlichkeit.

sich darüber wundert, hat nichts von Anreizwirksamkeit verstanden. Die Leistungsfinanzierung wurde als «Heilmittel» zur früheren Defizitdeckung und Inputsteuerung, sprich «Aufwand übernehmen und mitschwatzen», eingeführt und galt als Befreiungsschlag für die betriebliche Autonomie der vielfach staatlich gebundenen Gesundheitsunternehmen – New Public Management lässt grüssen. Nun, da die Betriebe «befreit» sind, tun sie genau das, wofür sie bezahlt werden. Und unterlassen tunlichst jenes, wofür sie nicht oder schlecht bezahlt werden, obwohl es vielleicht notwendig oder zumindest besser wäre. Die Versorgung läuft in die falsche Richtung. Und kurz über lang an die Wand.

Doch statt die Stellschrauben des Systems, sprich die (falschen) Anreize, zu korrigieren, versuchen wir krampfhaft an der Finanzierungsschraube zu drehen, «weil die Kosten explodieren». So ein Blödsinn! – Die Kosten explodieren nicht, sie steigen, und zwar so, wie man es sich für einen Wachstumsmarkt vorstellt. Es gibt Schlimmeres: Die Ausgaben für Telekommunikation sind in den vergangenen Jahren wesentlich stärker gestiegen, ja regelrecht «explodiert». Zugegeben, in den Gesundheitsmarkt fließen jährlich Milliarden sogenannt «gebundene Ausgaben», zementiert durch fixe Kostenteiler und starre Finanzierungsregeln, berappt aus Zwangsabgaben und Steuersubstrat. Dies macht uns für Ausgabensteigerungen empfindlicher, weil wir ja scheinbar nicht freiwillig und freudig konsumierend bezahlen, sondern zähneknirschend, ohne Gegenleistung, quasi.

Das Geld ist schlecht investiert

Was hingegen stimmt, ist, dass das Geld, das jährlich ins System gepumpt wird, schlecht investiert ist. Wir könnten dieselbe Leistung an «Gesundheit» günstiger haben oder – und das ist in der Tat besorgniserregend – mit den vorhandenen Mitteln wesentlich besser, adäquater, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmter, versorgt werden. Warum funktioniert das nicht? Wo klemmt's?

Schauen wir uns das System «Gesundheitswesen» an. Es besteht im Wesentlichen aus den Elementen «Demografie», «Epidemiologie», «Strukturen», «Gesundheitsfachpersonen» und «Technologie» sowie den Wechselwirkungen zwischen all diesen Elementen.

Mit «Demografie» ist die Veränderung in unserem Gesellschaftsspiegel gemeint. Dazu gehören neben der bekannten Alterung, auch die Migration, die Veränderung im sozialen Gefüge, die Kompetenzen und Erwartungen der Bevölkerung. Diese ändern sich derzeit gewaltig, Stichworte sind «Baby Boomers» oder «Digital Natives» (zu meiner eigenen «No-Future» Generation komme ich am Schluss).

Verbunden mit der Demografie ist die «Epidemiologie». Hierbei geht es nicht nur um bestimmte Krankheitsbilder wie chronische, kognitiv-degenerative, psychische, multifaktorielle und weitere Erkrankungen, sondern um die Gesundheitsbedürfnisse im weiteren Sinn. Vor allem in Bezug

auf den Krankheitsparcours, den alte und fragile Menschen durchlaufen müssen, und der nicht selten einem «Spiessrutenlauf» durch diverse, nicht miteinander verbundene und kaum kooperierende Gesundheitseinrichtungen gleicht. Denn episodenhafte, «diskrete» Erkrankungen nehmen gegenüber fort dauernden, «stetigen» ab, was eine hohe Durchlässigkeit der verschiedenen Behandlungsformen verlangt.

Die «Strukturen» beinhalten die verschiedenen, mehr oder weniger stark segment- und fragmentierten Behandlungssettings: Arztpraxen, Spitex-Dienste, Rehakliniken, Geburtshäuser, Pflegeheime, Spitäler usw. Ihnen sind spezifische Aufgaben und Finanzströme zugeordnet, alle haben streng abgezielte Auflagen, Bewilligungen, Dos und Don'ts. Und zwar siebenundzwanzigmal unterschiedlich, Bund mitgezählt. Nach wie vor dominiert die stationäre Akutmedizin mit dem «Spital» als Hub im Zentrum. Wobei immer unklarer wird, was ein Spital genau ist: ein ambulanter Behandlungsblock mit angeschlossenem Pflegehotel? ein Erholungstrakt für Personen, die nach einem akutstationären (Kurz-)Aufenthalt noch nicht in ihr angestammtes Wohnumfeld zurückkehren können? die Telefonzentrale für niedergelassene Ärzte? die Garage für das Ambulanzfahrzeug? – Und was bitte ist ein Pflegeheim in der zunehmend fluiden Kette der Gesundheitsversorgung? Wo finden neben Geburtshäusern Sterbehospize ihren Platz? Houston schweigt dazu.

Und dennoch läuft die Maschinerie, werden Personen behandelt und versorgt, Berichte geschrieben, Daten erfasst, Brüche geheilt. Es

Ein gründlicher Umbau des Schweizer Gesundheitswesens ist angezeigt, fordert Annamaria Müller, Vorsteherin Spitalamt des Kantons Bern.





sind die «Gesundheitsfachpersonen» welche die Sache sprichwörtlich am Laufen halten. Pflegenden, Therapeutinnen und Therapeuten, Ärztinnen und Ärzte. Auch sie haben klar abgegrenzte Kompetenzen und weitgehend starre Curricula. Sie stehen in einem episch-interprofessionellen Zwist, versuchen sich zu verstehen, zu kooperieren, hetzen herum und werden insgesamt immer weniger.

Zur «Technologie» muss man nicht viel sagen. Alle wissen um die Möglichkeiten, Chancen – und auch Gefahren – der modernen Verfahren und Hilfsmittel und kennen die atemberaubende Geschwindigkeit, mit welcher erst kürzlich eingeführte Neuerungen hoffnungslos veralten und die Zukunft mit Siebenmeilenstiefeln aus der globalisierten, sprich geschrumpften Welt in unseren heimischen Alltag einmarschiert. Tatsächlich ist die Technologie der Treibriemen des Systems. Sie verhindert ein bequemes Zurückfallen ins elegante Durchwursteln. Sie beeinflusst und verändert unablässig und unaufhaltsam sämtliche der vorgenannten Elemente, durchdringt Abläufe, unterläuft Abkommen und stellt alles in Frage: Durch die digitale Transformation und die technologischen Entwicklungen können Gesundheitsprobleme fundamental anders gelöst werden, können Kompetenzen und Fähigkeiten von Fachpersonen verlagert oder gar ersetzt werden, werden Bürgerinnen und Bürger zu Co-Produzenten ihrer Gesundheit und sind die regulatorischen Behörden mit Fragestellungen konfrontiert, an die sie noch gar nicht gedacht haben.

Das Korsett ist hoffnungslos veraltet

Doch wir ignorieren das alles und begnügen uns damit, alte Schläuche aufwändig umzuflan-

nen. Und so funktioniert unser Gesundheitswesen, hoch komplex und hoch dynamisch, in einem veralteten Korsett, das sich zunehmend lähmend und Kosten treibend auf das Gesamtsystem auswirkt. Tinguely lässt grüssen. – So geht es also nicht. Wie aber dann? Wie könnte die Blaupause für ein neues System aussehen?

In der Hauptsache müsste die Versorgungs- und die Finanzierungsfunktion zusammengelegt werden. Wer unabhängig davon bezahlt wird, ob und welche Leistungen er erbringt, hat keinen Anreiz zur Mengenausweitung. Damit er aber nicht «nichts» macht (was in diesem System der Anreiz wäre), müsste ihm die Versorgungsverantwortung umfassend übertragen werden – und zwar «von der Wiege bis zur Bahre» über alle Gesundheitsprobleme hinweg. Wer versucht, zugunsten von kurzfristigen Gewinnen an der Behandlung zu sparen, würde schnell feststellen, dass die Folgeprobleme um ein Vielfaches mehr kosten. Am günstigsten ist es in diesem Fall, in die Prävention und die Gesundheitsvorsorge zu investieren.

Fixe Grenzen der Gesundheitssettings müssen durchbrochen werden

Weiter müssten die fixen Grenzen der verschiedenen Gesundheitssettings durchbrochen werden. Die – künstlichen – Untergliederungen in «Spital», «Heim», «Praxis», «ambulant», «stationär», «psychiatrisch», «somatisch», «rehabilitativ», «chronisch», «akut», «kurativ», «palliativ» mit den jeweils spezifischen Reglementierungen und Regulierungen müssen aufgeweicht, die festgezurrteten Kompetenzgefüge unter den Gesundheitsfachpersonen flexibilisiert werden. Klassische staatliche Aufgaben

wie Aufsicht und Bewilligung müssen neu auf den Kontext und die Wirkung der Versorgung ausgerichtet werden. Sprich: Wie müssen Strukturen und Prozesse gestaltet sein, damit «Gutes» gelingen und «Schindluderei» verhindert werden kann? Wie müssen die Spielregeln definiert sein, um negative Anreize nachhaltig zurückzudämpfen?

Die Governance muss überdacht werden

Schliesslich muss die Governance in unserem System überdacht werden. Können wir es uns leisten, in einer zunehmend regionsübergreifenden Branche sechszwanzig-plus-eins differente – und teilweise gegenläufige – Regelwerke laufen zu lassen und immerwährende Interessenkonflikte von «Hütchensammlern» in Kauf zu nehmen? Die Einführung des elektronischen Patientendossiers ist ein Lehrbuchbeispiel dafür, wie man es zwar föderalistisch korrekt, aber gleichwohl nicht machen soll: Es ist ein hochkomplexes Regelwerk, das nie fertig zu werden droht, da hinter jedem Detail, das es zu regeln gilt, sieben weitere geortet werden, kombiniert mit dem traditionellen Hang zur Abschottung und Eigenbrötlerie der verschiedenen Player, befeuert von der Industrie, die sich als abkassierender Mehrfachverkäufer outet, und in dem die wirklich wichtigen Player – nämlich die Patienten und die Erstversorger – erst mal schonungshalber aussen vor bleiben dürfen. Was für ein Unsinn!

Dabei müsste es darum gehen, «schlaue» und zukunftsorientierte Lösungen zu finden. Redet man mit den Leuten, liegen sie auf der Hand: Es braucht Gesundheitsversorgungsorganisationen, in denen sich Bürgerinnen und Bürger einschreiben, eine periodische Gebühr bezahlen und sämtliche Gesundheitsprobleme behandelt bekommen, inklusive Altersversorgung und Suchtverhalten.

GVOs für sämtliche Gesundheitsproblematiken

Die Organisationen, nennen wir sie «GVO», müssten hinreichend gross sein, um alle Gesundheitsproblematiken abzubilden. Darunter fallen sämtliche Krankheitsbilder und folglich die gesamte Palette von Behandlungsangeboten. Ich stelle die Mindestzahl von 100000 Mitgliedern in den Raum – darüber kann und soll gestritten werden. Die Anzahl der GVO bliebe hingegen überschaubar, vermutlich kann man sie an einer Hand abzählen. Jedem Täli sein «GVÖli» rechnet sich nämlich nicht. Zudem braucht es eine gewisse Grösse für die nötige Professionalität. Die Administration muss

schlank gehalten sein und das Finanz-Know-how exzellent. Die Gesundheitsfachpersonen konzentrieren sich auf ihre Kompetenzen anstatt Daten ins System zu tippen. Da können wir noch einiges dazulernen, die Digitalisierung und Automatisierung lässt grüssen. Selbstverständlich führen die GVO elektronische Dossiers und selbstverständlich müssen sie diese mit anderen Organisationen austauschen können, denn die Mitglieder sollen die GVO wechseln dürfen, wenn sie dies wollen. Konkurrenz belebt.

Breites Spektrum für Eigner einer GVO

Wer «Eigentümer» einer GVO ist, kann meines Erachtens dahingestellt bleiben. Leistungserbringergruppen bieten sich ebenso an wie Versicherer, beide haben ihre spezifischen Kompetenzen. Kooperationen können eingegangen werden, Dritte an Bord geholt werden – warum nicht Migros oder Google? Auch Genossenschaften sind denkbar; die GVO gehört dann den Mitgliedern, why not. Oder wir kommen zu noch exotischeren Organisationsformen wie Campusmodellen oder virtuellen Vertragsgebilden à la Blockchain. Man soll der Zukunft nicht vorgreifen und kreative Lösungen verhindern. Der Staat sollte wegen der Hutproblematik hingegen lieber

Zaungast bleiben. Seine Rolle ist die der Pausenaufsicht für die Versorgungsqualität und die des Schiri für die GVO. Ferner die des Co-Finanzierers für Bürgerinnen und Bürger, die sich die Mitgliedschaftsgebühr nicht selber leisten können. Und schliesslich die des Vermögensverwalters, falls es gilt, Hochrisiken oder Heavy Consumers unter den GVO zu hatching. Wer die Finger in der Kasse hat, darf auf dem Markt nicht mitspielen.

Klar definiertes «Mindestleistungspaket»

Das «Mindestleistungspaket» muss klar definiert sein, inklusive dem dazugehörigen «Service Level». Sprich: Der zuständige Hausarzt darf nicht am anderen Landesende stationiert sein und die Psychiaterin muss die Sprache des Patienten sprechen. «Vergrämungsmassnahmen» schlechter Risiken muss ebenso der Riegel geschoben werden, wie «Zulieferungsmassnahmen» guter. Das Rettungswesen gehört ausgeklammert – wengleich es durchaus privatisiert werden könnte, um alte Zöpfe abzuschneiden und neue Lösungen anzustossen.

Zur Unterstützung des «Pooling» in den GVO kann und soll weiterhin ein Ausgleich unterschiedlicher

Risiken stattfinden, wobei es weniger um «Risiken» geht, da die neue Regelung kein Versicherungs-, sondern ein Versorgungsmodell ist. Deshalb geht es um den Ausgleich der unterschiedlichen Bedarfe der Mitgliederpopulationen. Diese sollten so durchmischte wie möglich sein. Aus diesem Grund ist die Koppelung der GVO an bestimmte Regionen oder an den Arbeitsmarkt, wie dies in anderen Ländern der Fall ist, nicht sinnvoll: Beides führt zu einer einseitigen Zusammensetzung der Mitglieder und verhindert die geforderte Durchlässigkeit des Systems. Das Streitthema «Zentralisierung vs. Dezentralisierung» wird der Vergangenheit angehören: Niederschwelliges muss nahe beim Patienten sein, für Komplexeres, Selteneres darf man ihm einen Weg zumuten – schliesslich leben wir nicht mehr im Zeitalter von Postkutsche und Dampflok.

Auch Zusatzdienste sind sinnvoll

Die GVO soll neben dem Mindestpaket auch Zusatzdienste anbieten können – gegen Aufpreis, versteht sich. Eine externe Kontrolle verhindert Missbräuche, ansonsten spielt der Markt. Offengelegte und überwachte Governance-Regeln verhindern die Ausbeutung von Personal, verunmöglichen ruinöse Bedingungen für

WELTNEUHEIT



SmartLife Care

Hört aufs Wort.

Das Notrufgerät ist auch ein modernes Radio und Hilfe kann sogar per Sprachsteuerung gerufen werden. So können Sie zu Hause Ihre Unabhängigkeit und gleichzeitig beste Unterhaltung geniessen. Hört sich doch richtig gut an, oder?



Wir beraten Sie gerne:
 Gratis-Hotline 0800 84 37 27 (täglich von 6.30 bis 20.00 Uhr).
www.smartlife-care.ch

SmartLife Care ist ein gemeinsames Unternehmen von:



Ihre Schweizer Versicherung



schwächere Vertragspartner und lassen nicht nachhaltige «Hit-and-Run»-Strategien oder kartellhafte Absprachen nicht zu. Ansonsten sollte jede GVO aber frei sein, ihr operatives Modell so zu wählen wie es ihr am besten passt. Denn auch im Geschäftsgebaren hält die Zukunft Einzug: Cloud Economy, RoboAdvice, Arbeitswelt 4.0 als Beispiele. Neue Versorgungsmodelle benötigen neue Betriebs- und Managementmodelle. Mit Kameralistik lässt sich ja schliesslich auch kein Spital mehr betreiben.

Mindestfallzahlen? – kalter Kaffee

Der Streit um Mindestfallzahlen wird der Vergangenheit angehören, denn schlaue GVO wissen um den Wert der Qualität, egal ob eingekauft oder selber produziert. Dies soll man den GVO überlassen: Die Frage, ob sie die Leistungen, als Besitzerin von Gesundheitseinrichtungen und Arbeitgeberin des Personals, «selber» erbringen möchte oder ob sie von externen Leistungserbringern einkaufen, werden sie eigens beantworten. Vermutlich wird beides der Fall sein, je nach Spezialisierung und Gebiet.

Aber wie steht es mit der Wahlfreiheit?

Kommen wir zur Gretchenfrage, der Wahlfreiheit, die laut einer Studie den Versicherten offenbar 100 Franken pro Monat wert ist, zumindest auf dem Papier. Natürlich ist in einem System der GVO der Patient nicht mehr völlig frei, sich quer

durch den docfinder zu klicken oder ad libitum die exotischsten Kliniken auszuwählen. Natürlich ist mit dem Einschreiben in die GVO auch die Auswahl der Leistungserbringer beschränkt. Aber ehrlich, welcher Innertkircher und welche Zuozerin kann heute aus einer Fülle von Ärzten wählen? Ganz zu schweigen von Dermatologinnen, Pädiatern, Gynäkologinnen oder Psychiatern. Und bei einer – ohnehin nötigen und durch die GVO vermutlich beschleunigten – Konsolidierung der Spitallandschaft sinkt auch hier die Palette der Wahlmöglichkeiten. Dafür steigt die Qualität. Und obwohl die Arzt- und Spitalwahlfreiheit dem Schweizer offenbar ebenso am Herzen liegt wie dem Amerikaner der Waffenbesitz, wird der Realismus überwiegen. Ohnehin kann es sich keine GVO leisten, ein unattraktives Angebot ins Netz zu stellen. Da fliegt niemand rein.

Eine wirre Utopie?

Und nun zu den Gegenargumenten. Erstens: «Das Ganze ist nicht durchdacht, eine «spinner-te» Idee, eine wirre Utopie.» – Dann fordere ich auf, mitzudenken und andere Lösungen zu präsentieren. Vorschläge in den Wind zu schlagen ist nur dann legitim, wenn man selber valable Alternativen einbringt, die dem Gesamtsystem nutzen (und nicht nur der eigenen Partei).

Zweitens: «Och, das kennen wir doch. Das ist ja das Kaiser-Kinzigtal-XYZ-Modell, kalter Kaffee, ist auch nicht viel besser. Funktioniert in der Schweiz

sowieso nicht und wenn schon, dann sollten wir das dänisch-ungarische oder das polynesisches System nehmen, die sind wirklich innovativ.» – Meine Antwort: Wir nehmen kein System in Raubkopie, sondern kriechen uns ganz brav unser eigenes Modell. Denn fürs Kopieren der anderen Systeme fehlt uns – neben der Geographie, der politischen Ordnung und dem rechtlichen Rahmen – ein zentraler Faktor: Die Bürgerinnen und Bürger. Wir sind halt nunmal keine Dänen und auch keine Kinzigtaler und werden es auch nie, egal wie viele Nationalherzen in unserer Brust schlagen.

Drittens: «Das ist ja alles ganz nett, aber politisch lässt es sich nicht umsetzen». – Hier appelliere an meine Generation: Wollt ihr wirklich weiter wursteln, Fellow-No-Futures? Jetzt, wo ihr an der Macht seid? Nehmt lieber den Daumen raus und erinnert euch an unseren Slogan «Nieder mit dem System! Her mit der Zukunft!» Das sollten wir Ex-Punks doch hinkriegen, oder?

Die Diskussion ist offen

Die Vorschläge, die Annamaria Müller unterbreitet, bedeuten einen gewaltigen Systemwandel. Die Umsetzung will also sehr sorgfältig bedacht sein. Gerne fordern wir daher Sie. Liebe Leserinnen und Leser, auf, das Modell kritisch zu begutachten und ihre Meinung dazu zu äussern. Wir bieten im «clinicum» gerne ausreichend Platz für Argumente und Kommentare. Sie sind herzlich willkommen!

Integration digitaler Services in der modernen Klinik **weiter gedacht**



- Ein klinikweites Netzwerk für sicheren Datenaustausch
- Einfache Kommunikation für *jeden*: Arzt, Pflege, Personal und Patient
- Implementation diverser klinikspezifischer Applikationen, Lösungen und Systeme sowie weiterer kundenspezifischer Funktionen
- Zugang von jedem Bett, jeder Station, jedem Ort sowie mobilen Geräten
- Neue ClinicAll App für iOS und Android



ClinicAll AG

Rigistrasse 3, CH-6300 Zug
+41 (0) 44 820 75 75
info@clinicall.ch

clinicall.ch

Meet the future – with ClinicAll.