

Vision Gesundheitsversorgung: Integrierte Versorgung und Zusammenarbeit

Beispiele und Überlegungen aus der Praxis

Bern, im November 2017

Interviewleiter / Experte: Heinz Hänni, Verwaltungsratspräsident Domicil Holding AG

Der Gesundheitsstandort Bern hat grosses Potenzial ...

Der Kanton Bern hat mit dem renommierten Universitätsspital, einer grossen Anzahl an führenden Medizintechnik- und Pharmaunternehmen, einer hohen Dichte an Spitälern, Pflegeangeboten sowie Dienstleistungen für Angehörige die einmalige Chance, sich national und international als einer der führenden Gesundheitsstandorte zu positionieren.

... aber auch deutlichen Handlungsbedarf!

Der Kanton Bern braucht eine zukunftsorientierte und nachhaltige Gesundheitspolitik, damit er sein Potenzial ausschöpfen und sich als führender Gesundheitsstandort behaupten kann. Dazu braucht es die Zusammenarbeit von privaten, halbprivaten und öffentlichen Körperschaften sowie direktionsübergreifende Kooperationen.

Die Projektgruppe „Gesundheitsstandort“ von Fokus Bern, bestehend aus Gesundheitsexperten und Berner Unternehmern, setzt sich mit der Frage einer wirksamen und fokussierten Gesundheitspolitik für den Kanton auseinander. Dabei steht nicht das aktuelle Tagesgeschäft im Vordergrund; vielmehr sollen Optimierungspotenziale identifiziert und die Gesundheitspolitik in einem ganzheitlichen Ansatz dynamisiert werden.

Die Thesen und Forderungen zum Gesundheitsstandort Bern werden im Positionspapier von Fokus Bern aufgeführt (siehe www.fokus-bern.ch → Gesundheitsstandort Bern).

Ein zentrales Thema des Papiers ist die integrierte Versorgung und die Vernetzung der Akteure. Fokus Bern ist überzeugt, dass sich die Zukunft des Gesundheitsstandorts Bern an der Umsetzung der integrierten Versorgung messen wird. Deshalb hat Fokus Bern Interviews mit verschiedenen Experten und Fachpersonen des Gesundheitswesens zum Thema geführt. Die Resultate der Expertengespräche werden in den folgenden Gesprächsnotizen ausgeführt. Die Beispiele aus der Praxis sollen einen Beitrag zur Debatte über die integrierte Versorgung leisten.

1. Fallbeispiel Domicil Holding AG

Ergebnisse des Fachinterviews mit Andrea Hornung, CEO Domicil Holding AG

1.1. Integrierte Versorgung – Potenzial der Zusammenarbeit

Das grösste Potenzial für die Zusammenarbeit sieht Domicil Bern entlang der Versorgungskette, namentlich bei den Schnittstellen zur Spitex, zu den Spitälern und Hausärzten sowie zu den weiteren Bereichen, mit denen die Heime von Domicil als vor- oder nachgelagerte Institutionen zu tun haben.

1.2. Kooperationsprojekte – Best Practise und Learnings

1.2.1. Projekt Domicil Wyler im Bereich der Übergangspflege

Die Übergangspflege im Domicil Wyler ist ein Gemeinschaftsprojekt von Domicil Bern und der Siloah AG. Das Domicil Wyler ist spezialisiert auf Kurzaufenthalte und reaktivierende Pflege; vor allem als Übergang nach einem Spitalaufenthalt oder einer Kur, bevor die Personen wieder selbstständig in das gewohnte Umfeld zurückkehren können.

Domicil Wyler ist ein gut funktionierendes Kooperationsprojekt. Wichtig für den Projekterfolg war das Timing. Es war der richtige Zeitpunkt für beide Seiten. Die Akutgeriatrie im Siloah war im Aufbau und hat Partner gesucht, die bereit waren, Menschen aufzunehmen, die nach dem Spitalaufenthalt noch eine gewisse Betreuung brauchen. Domicil hat darauf reagiert. Entscheidend für das Projekt war zudem, dass die gesetzlichen Grundlagen für eine solche Kooperation vorhanden waren.

Die Partner haben festgestellt, dass die Definition des Bundes zur Akut- und Übergangspflege nicht ausreicht. Domicil und Siloah waren der Ansicht, dass es ein breiteres Angebot braucht und entsprechend haben beide Seiten in das erfolgsversprechende Projekt investiert. Heute sprechen die Zahlen für sich: Die Abteilung der Übergangspflege ist ausgelastet und die Qualität stimmt. Beide Seiten haben einen Nutzen und die Zusammenarbeit hat weiteres Zukunftspotenzial. Das Angebot könnte beispielsweise auf weitere Standorte ausgebaut werden oder Siloah könnte die ärztliche Betreuung von bestehenden Domicil Häusern übernehmen. Domicil könnte umgekehrt vom geriatrischen Wissen profitieren.

Das Projekt Wyler im Bereich der Übergangspflege geht in Richtung der integrierten Versorgung. Als nächster Schritt müsste auch die Spitex eingebunden werden. Denn die Personen brauchen, nachdem sie die Domicil Häuser verlassen, oft weiterhin eine gewisse Betreuung. Dieser Schritt könnte auch einen wichtigen Rückkoppelungseffekt haben: Wenn die Spitex feststellt, dass jemand wieder mehr Betreuung braucht oder sogar in den Spital muss, sind die Kontakte/Verbindungen bereits vorhanden.

1.2.2. Projekt Online-Patientenanmeldung

Das Projekt der Online-Patientenanmeldung für Spitex-Dienstleistungen (OPAN) wurde von der Spitex Bern initiiert und kommt mittlerweile schweizweit zum Einsatz. Die Spitäler können ihre Patienten über einen zentralen E-Mail-Kontakt anmelden. Die Anmeldung wird zur richtigen Stelle weitergeleitet. Die Antwort erfolgt innerhalb von 24 Stunden. Das Projekt hat einen grossen Nutzen: Es ist sehr effizient, günstig und es funktioniert seit drei Jahren sehr gut. Dieses Beispiel zeigt, dass auch losere Kooperationen, wie eine gute Plattform, zielführend sein können.

1.2.3. Projekt Mobile Palliative Dienste

Der Kanton will mit der Umsetzung der Palliative Care Strategie die Mobilen Palliative Dienste (MPD) einführen: Dies sind Teams aus spezialisierten ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen, die gemeinsam die Grundversorger unterstützen. Damit werden die Grundversorger befähigt, die Versorgung von Menschen in Palliativsituationen vermehrt wahrzunehmen. Dies kann dazu führen, dass Spitaleintritte vermieden werden können und die betroffenen Menschen gemäss Wunsch zuhause sterben können. Der Einsatz des Dienstes erfolgt auf Anfrage der Grundversorger (Spitäler, Hausärzte, Spitex, Pflegeheime und weiterer soziale Institutionen).

Hier könnten wichtige Zusammenarbeitsformen und Kontakte entstehen, die helfen, unnötige Spitaleintritte zu vermeiden. Aber solange die Finanzierung noch offen ist, wird das Projekt wohl nicht zum Fliegen kommen. Der Kanton muss bereit sein, eine Finanzierung in den ersten Jahren zu sichern. Zumindest bis die Leistungserbringer gegenseitig einen Modus gefunden haben, wie die Verrechnung laufen soll oder bis die Grundversorger soweit befähigt sind, dass sie keine spezialisierte Unterstützung mehr benötigen.

Damit die Versorgung mit Palliative Care im Kanton Bern optimal verlaufen kann, muss die im kantonalen Konzept verankerte spezialisierte Palliative Care in der Langzeitpflege umgesetzt werden. Mit dem Netzwerk Palliative Bern besteht eine tragfähige Struktur, in die Leistungserbringer aller Versorgungsbereiche eingebunden sind. Die Umsetzung der spezialisierten Palliative Care im Langzeitbereich wird dazu führen, die Spitäler zu entlasten. Da der erhöhte Aufwand an Fachpersonal aus der Pflege, der Ärzteschaft und der Sozialarbeit nicht genügend über den Mechanismus der Pflegefinanzierung abgegolten werden kann, ist eine zusätzliche Finanzierung zwingend notwendig.

1.2.4. Potenzial E-Health

Der Bund hat das Gesetz über das elektronische Patientendossier verabschiedet. Dieser Bereich ist besonders interessant, da er die Schnittstellenfrage betrifft. Im E-Health Bereich können sich gute Kooperationsprojekte ergeben. Je mehr mitmachen, desto erfolgreicher ist E-Health. Wenn es erfolgsversprechend ist, sollten auch diejenigen hinzukommen, die per Gesetz nicht verpflichtet sind zur Einführung verpflichtet sind, wie die Hausärzte und die Spitex.

Es ist zu hoffen, dass mit E-Health wieder ein Anstoss in Richtung integrierte Versorgung gegeben wird. Dies ist auch der Wunsch des Bundes. Wichtig ist, dass die verschiedenen Player im Zuge des Projekts merken, dass sie nicht alleine dastehen. Sie sind in ein komplexes Ökosystem eingebettet, sie können voneinander lernen und sich ergänzen.

1.2.5. Geplante Zusammenarbeit Domicil Bern und Spitex

Ein wichtiges neues Projekt für Domicil Bern ist die Zusammenarbeit mit der Spitex. Es könnte ein nächster Schritt hin zur integrierten Versorgung sein. Entscheidende Player für den Erfolg des Projekts sind die Krankenversicherer und die Politik. Von diesen braucht es Unterstützung für die Idee und die Bereitschaft, gewisse Vorgaben für ein Pilotprojekt aufzubrechen. Eine sehr grosse Hürde sind die unterschiedlichen Abgeltungssysteme zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Für das Projekt müsste nicht mehr, jedoch anders als bisher gezahlt werden.

Die Zusammenarbeit könnte über Domicil und die Spitex hinaus zu den Spitälern und Hausärzten gehen, welche mit den Heimen und der Spitex verbunden sind.

1.3. Erfolgsfaktoren und Stolpersteine für die Zusammenarbeit

Unverzichtbare Erfolgsfaktoren für jedes Projekt ist Vertrauen und Mut: In der Führung braucht es Personen, die bereit sind, das „Gärtchendenken“ aufzubrechen und Risiken einzugehen. Zudem braucht es eine gewisse Stabilität der Personen, die das Projekt initiieren und über längere Zeit begleiten. Eine lose Zusammenarbeit reicht nicht, um konkrete Projekte erfolgreich abzuwickeln. Die Organisationen sollten zudem ergebnisoffen sein und bereit, die Strukturen anzupassen – unter Umständen können Projekte über eine Zusammenarbeit hinaus in Richtung Fusion führen.

Bei Grossprojekten ist das Involvierender verschiedenen Stakeholder entscheidend. Es ist immer ein Spannungsfeld: Führt man zu breit, drohen Trägheit und Blockierung; begrenzt man den Kreis zu stark, drohen Lücken. Auch der Zeitpunkt des Involvierens und Informierens ist wichtig. Und Informieren heisst nicht, dass jeder mitreden kann. Bei Projekten des Kantons ist das Projektmanagement sehr schwierig, da dieser quasi verpflichtet ist, möglichst viele Stakeholder einzubinden. Aber selbst der Kanton kann es nicht bewerkstelligen, jedem das gleiche Gewicht zu geben und zu einem Ergebnis zu kommen.

1.4. Die Rolle der Politik und des Kantons

Die Finanzierung ist ein Hauptproblem auf dem Weg zur integrierten Versorgung. Das heutige KVG verstärkt das „Gärtchendenken“. Es unterscheidet zwischen Spitälern, Langzeitpflege und Spitex, zwischen stationär und ambulant etc. – alles wird anders finanziert. Die Finanzierung hängt vom Aufenthaltsort des Patienten ab, auch wenn seine Bedürfnisse überall dieselben sind. Das macht es kompliziert. Es braucht auf regulatorischen bzw. politischer Ebene die Bereitschaft, das „Gärtchendenken“ aufzubrechen.

Vor einiger Zeit gab es bei der Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF das Projekt „Integrierte Versorgung“. Ziel war die Schaffung der Grundlagen für eine integrierte Versorgung – eine Zusammenarbeit auf vertikaler und horizontaler Ebene über die Leistungserbringer hinweg. Das Projekt-Setting war sehr aufwändig: Alle relevanten Player wurden eingeladen, um die Grundlagen gemeinsam zu schaffen. Das Projekt kam zu keinem Ergebnis. Es scheiterte bereits an den unterschiedlichen Vorstellungen zum Vorgehen. Der Kanton hat damals eine sehr starke Rolle übernommen und die Teilnehmer haben quasi erwartet, dass er vorgibt, wie es funktionieren soll. Dies wirft auch Fragen über die Eigeninitiative und das Interesse der Leistungserbringer auf. Die Motivation und der Druck zur Zusammenarbeit scheinen bei den Leistungserbringern nicht gross genug gewesen zu sein.

Rückblickend ist man bei Domicil Bern überzeugt, dass ein derartiges Riesenprojekt mit dem Kanton im Lead nicht zielführend ist. Die Rolle des Kantons sollte eine andere sein. Der Kanton soll mithelfen, dass Koordinations-Initiativen stattfinden können und dürfen. Das Dürfen ist heute relativ gut gegeben, beim Können hapert es noch. Oft werden von Seiten des Kantons die Auswirkungen und Konsequenzen für die Finanzierung und den Kanton selber nicht gesehen. Es braucht eine Finanzierung, welche die Zusammenarbeit an den relevanten Schnittstellenfragen ermöglicht. Zumindest bei der Initiierung; bis die Verrechnungsfrage zwischen den Leistungserbringern geregelt ist. Der Kanton sollte deshalb vor allem Innovation und Lösungen zur Schnittstellen-Problematik unterstützen und mitfinanzieren. Dabei geht es nicht primär um die Unterstützung einzelner Projekte – er würde wohl mit Projektanträgen überflutet. Es geht darum, dass es ein Case-Management für das Schnittstellenmanagement und die Patientenbegleitung braucht. Dieses braucht es unabhängig davon, welche Leistungserbringer dahinter stehen. Dieses Case-Management sollte vom Kanton mitgetragen werden.

Als gemeinnützige Organisation geniesst Domicil Bern einen guten Ruf. Es ist jedoch schwieriger, zu expandieren. Es ist eine Herausforderung, Gelder für Investitionen zu generieren, wenn nur tiefe Renditen

ausgezahlt werden können. Hier könnte zum Beispiel die Standortförderung des Kantons unterstützen, indem sie Kontakte zu Investoren vermitteln, die Interesse haben, in Gemeinnützigkeit zu investieren.

1.5. Der Kanton Bern im Vergleich

Bis heute hat es kein Kanton geschafft, eine integrierte Versorgung über ganze Versorgungsbereiche hinweg zu schaffen. Der Kanton Bern ist keine Ausnahme, die Herausforderungen sind überall ähnlich.

Im Kanton Bern gibt es hilfreiche Grundsatzstrategien: Er hat eine moderne Alterspolitik, eine geläuterte Spitalversorgungspolitik und ein modernes Sozialhilfegesetz. Aber es gibt Lücken in der Gesundheitsstrategie, vor allem in der Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen. Die verschiedenen Politiken müssen besser aufeinander abgestimmt werden, vor in den Bereichen Gesundheit und Soziales. Derzeit ist es schwierig abzuschätzen, wie es weiter geht: Beispielsweise wurden im Rahmen der Alterspolitik 2015 Betriebsbewilligungsstandards für alle Heime erarbeitet (geregelt auf Stufe Verordnung). Diese wurde nun gestoppt und neue Vorgaben sind in der Vernehmlassung. Die Heime befinden sich quasi im leeren Raum (Stand November 2017). Domicil ist zum Glück momentan nicht daran, ein neues Heim zu eröffnen. Denn derzeit ist schlicht ungewiss, welche Bewilligungsstandards gelten und welche nicht. Solche Situationen hemmen die Innovation.

Der Blick über die Kantonsgrenze hinweg ist immer schwierig. Ein Beispiel hierfür ist das Dossier „Gesundheit 2020“ des Bundes. Der Bund hält darin fest, dass er mit Best Practice Beispielen arbeiten will. Für Unternehmen ist es aber sehr schwierig, gute Projekte aus anderen Kantonen zu übernehmen. Denn neue Projekte und Modelle sind immer spezialfinanziert und somit besteht keine verlässliche Regelfinanzierung. Die unterschiedliche Abgeltung der Demenz-Betreuung ist ein Paradebeispiel für die Herausforderung. Im Einzelfall ist die Übernahme eines Best Practice Beispiels sicher prüfenswert. Es bräuchte jedoch auch ein gewisses Commitment der öffentlichen Hand zur Finanzierung, sonst ist eine Übertragung oft nicht machbar.

1.6. Notwendigkeit eines Gesamtkonzepts für Bern

Wenn es dem Kanton Bern ernst ist mit der Verknüpfung der Dossiers Gesundheit und Soziales, dann braucht es ein Gesamtkonzept. Wenn das vom KVG getriebene „Gärtchendenken“ beibehalten wird, dann braucht es kein umfassendes Konzept.

Im Kanton Bern besteht die politische Forderung für eine neue Gesundheitsstrategie: Die Richtlinie und Planungserklärung des Regierungsrats fordern dies unverbindlich und die [Motion 034-2015](#) „Koordiniertes Vorgehen mit einer kantonalen Gesundheitsstrategie“ von Katrin Zumstein wurde einstimmig an die Regierung überwiesen (verbindlich). Es ist zu hoffen, dass diese geforderte Gesundheitsstrategie zu einem tragenden Papier wird, das den Charakter eines Konzeptes hat. Die Umsetzung wird jedoch eine grosse Herausforderung und der Zeitraum von zwei Jahren für die Umsetzung der Motion ist sehr sportlich. Schon bei der Analyse der Zusammenarbeit und der steigenden Kosten dürfte es schwierig werden. Es braucht eine saubere, bereichsübergreifende Gesamtanalyse und eine wirtschaftliche Betrachtung inklusiv Folgekosten

2. Fallbeispiel Spitex Genossenschaft Bern

Ergebnisse des Fachinterviews mit Rahel Gmür-Feller, Verwaltungsratspräsidentin Spitex Bern, Verwaltungsrätin Zentrum Schönberg

2.1. Integrierte Versorgung – Potenzial der Zusammenarbeit

Es besteht sehr grosses Potenzial in der Kooperation mit Apotheken, Hausärzten, Langzeitinstitutionen und bei Drittanbietern mit Freiwilligenarbeiten, welche systemisch in die Prozesse integriert werden könnten. In der Schweiz hat der Patient grundsätzlich die freie Wahl, von wem er welche Leistung beziehen will. Dieser Grundsatz müsste bei den Leistungserbringern stärker als Selbstverständlichkeit verankert werden und die Weiterentwicklung der Angebote müsste sich danach ausrichten.

Kooperationen entlang der Versorgungskette sind die Zukunft – denn der Patient will flexible und auf seine Bedürfnisse zugeschnittene Angebote. Diejenigen Anbieter, die diese Nachfrage über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg anbieten können, werden langfristig erfolgreich sein. Hierbei ist es selbstverständlich nicht die Idee, dass ein Anbieter alle Leistungen selber erbringen soll. Kooperations- / und Zusammenarbeits-Modelle mit Partnern und die Sicherstellung der Durchlässigkeit sind gefragt.

2.2. Kooperationsprojekte – Best Practise und Learnings

2.2.1. Kooperation Senevita und Spitex in Brünnen

In Brünnen gab es einen Kooperationsvertrag zwischen der Spitex Bern und der Senevita AG im Bereich der Langzeitpflege. Die Spitex Bern hatte hier die Pflegeabteilung mit 20 Betten sowie das Betreute Wohnen für 97 Wohnungen übernommen. Das Projekt war leider nicht erfolgreich und wurde nach zwei Jahren abgebrochen. Hauptgrund waren unterschiedliche Philosophien zur Qualität der Leistungserbringung. Ein zweiter Aspekt war die unterschiedliche Finanzierung. Die Vorstellungen zur Qualität im Rahmen von Skill- und Grademix in Zusammenhang mit der Leistungsabgeltung klappten zu weit auseinander.

2.2.2. Beispiel Express-Dienst

Spitex Bern hatte den Express-Dienst lanciert. Ziel war es, dass Patienten innerhalb von vier Stunden vom Inselspital übernommen wurden. Der Erfolg dieses Angebotes war sehr abhängig von den einzelnen Fachabteilungen des Inselspitals. Die Zusammenarbeit mit der Urologie hat beispielsweise sehr gut funktioniert. Alle Beteiligten waren von diesem Angebot sehr angetan, denn so war der direkte Austausch zwischen den Fachpersonen in Anwesenheit der Patienten und deren Angehörigen möglich. Dies war besonders wichtig, wenn der Patient sehr früh nach Hause entlassen wurde und auf das Wochenende hin. Dieses Projekt wurde von Spitex Bern über den Innovationsfonds und von der Inselheimstiftung während drei Jahren finanziert. Leider konnte es nicht auf weitere Spitäler ausgebaut werden und mit den ersten Sparmassnahmen wurde entschieden, das Angebot einzustellen.

Die Anschlusslösung im Inselspital war die Etablierung einer Spitex-Mitarbeiterin mit einem 30 % Pendum, um gemeinsam ein optimales Übertrittsprozedere für alle Abteilungen auszugestalten. Dieses Projekt läuft in kleinem Rahmen bis heute. Spitex Bern und das Inselspital sind überzeugt, dass dieser Ansatz der Nachsorge Potenzial hat und unbedingt weiterverfolgt und ausgebaut werden sollte. Das Problem bei diesem Projekt liegt bei der Finanzierung. Die Spitex Bern finanziert das Projekt zu 100 % aus ihrem Innovationsfond, was längerfristig nicht mehr verantwortbar sein wird. Damit die Kooperation funktionieren kann, müsste sich auch die Insel an den Kosten entsprechend beteiligen. Bei einigen anderen Spitälern läuft dies mittlerweile relativ gut.

2.2.3. Beispiel Wissensmanagement

Für die Wissensgenerierung besteht ein Projekt mit dem Inselspital und Partnerschaften mit anderen Spitälern. Das Wissensmanagement läuft recht gut.

2.3. Beurteilung der Kooperationsprojekte (am Beispiel des Projekts Brünnen)

2.3.1. Gemeinsame Grundsätze als Basis

Bei den Themen Palliative Care und Demenz braucht es eine gemeinsame Philosophie und Grundhaltung über die verschiedenen Bereiche hinweg. Dies fehlt heute, jeder hat eine andere Vorstellung und Interpretation. Eine gemeinsame Haltung ist das Fundament für ein gemeinsames Leistungsangebot vor allem bei der Frage: Bestimmt der Patient was er will oder sind es die Leistungserbringer? Hier gibt es heute auch innerhalb der Organisationen ein unterschiedliches Verständnis; vor allem bei langjährigen Mitarbeitenden mit eher konservativem Denken. Deshalb ist Führung gefragt und teilweise besteht auch ein gewisser Weiterbildungsbedarf.

2.3.2. Projektsupport und Verantwortlichkeiten

Bereichsübergreifende Kooperationen sind grundsätzlich immer schwierig. Der Mehrwert muss klar sein. Es braucht Mut und einen langen Atem, um innovative Projekte zu lancieren.

Beim konkreten Projekt braucht es von Anfang an eine Klärung der Rollen, der Aufgaben und der gelebten Philosophie. Das war beim Projekt Brünnen beispielsweise nicht gegeben und diesem Umstand wurde zu wenig Rechnung getragen. Solche Projekte sollten von einem Ausschuss begleitet werden, der von beiden Akteuren bestellt wird. Auf strategischer Ebene liegt die Verantwortung vor allem im Bereich der Qualität und der Finanzierung. Man muss mögliche Risiken zeitnah erkennen, die nötigen Korrekturen umgehend einleiten und bei Fehlentwicklungen die Verantwortung übernehmen. Die strategische Verantwortung wurde im Projekt Brünnen wahrgenommen, indem man entschieden hat, dass die Vereinbarkeit zwischen Kosten und Personaleinsatz im Rahmen der Qualität nicht mehr verantwortbar ist. In der Folge wurde das Projekt in gegenseitigem Einvernehmen beendet. Ein weiteres Learning ist, dass relevante Dritte stärker einbezogen werden müssen – im Fall Brünnen zum Beispiel die umliegenden Ärzte. Damals wurde man überrascht, wie rasch viele der neu zugezogenen Bewohner in nahe gelegene Arztpraxen gewechselt haben. Auch die Apotheken, Quartiervereine und Freiwilligenarbeitende sollten stärker eingebunden werden. Damit wäre das Potenzial, ein neues Produkt/Philosophie zu entwickeln und zum Erfolg zu führen, grösser gewesen.

Grundsätzlich haben die verschiedenen Projekte auch deutlich gezeigt, dass jeder Leistungserbringer im angestammten Leistungsbereich bleiben und sich für alle anderen Bereiche ebenso kompetente Partner suchen sollte.

2.4. Botschaft an die Politik

Eine Hauptbotschaft der Spitex an die Politik betrifft die Finanzierung. Das KVG hat nichts mehr mit dem zu tun, was zukünftig nachgefragt wird und geleistet werden muss. Bereits heute besteht eine massive Unterfinanzierung im Langzeitbereich. Eigentlich müsste eine Totalrevision des KVGs eingeleitet werden, anstelle der schrittweisen Teilrevisionen, die zu diversen Puzzlesteinen und ständigen Verzerrungen führen. In erster Linie muss der Begriff Betreuung geklärt werden, denn heute versteht jeder etwas anderes darunter. Es braucht klare Definitionen dazu, welche Leistungen über das KVG abgegolten werden, wie die Preisschilder aussehen und was unter die private Zusatzbetreuung fällt.

Politisch ist die Thematik «Alter» und die Folgen für den Langzeitbereich trotz der demografischen Entwicklung nicht attraktiv. Sie ist quasi ein Stiefkind geblieben. Der Akutbereich ist dagegen gut aufgestellt und verankert. Mit der demografischen Entwicklung sind aber nicht nur die Spitäler gefordert, sondern insbesondere auch die Grundversorgung in Pflege und Betreuung. Es braucht zeitnah einen klaren politischen Willen mit einer entsprechenden Unterstützung. Und es braucht ein selbstbewussteres Lobbying der Leistungserbringer für den Bedarf in der Langzeitpflege.

2.5. Der Kanton Bern im Vergleich

Der Kanton Bern hat mit seiner Alterspolitik in der Schweiz eine Vorreiterrolle. Hier ist er führend.

Aber eine gute Alterspolitik würde konsequenterweise auch heissen, dass die dazu nötigen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden, damit der eingeschlagene Weg erfolgreich beschritten werden kann. Im Vergleich zu anderen Kantonen ist die finanzielle Unterstützung in Bern für neue, innovative Ausrichtungen sehr tief. Bei neuen Kooperationsprojekten ist die Spitex Bern immer auf Drittmittel angewiesen (Sponsoren, Spenden etc.). Fliessen diese nicht, müssen sinnvolle Projekte zurückgestellt oder gestrichen werden. Vom Kanton wird mehr Bereitschaft zu Innovation und der dazu nötigen Investition erwartet; selbstverständlich mit zeitlicher Begrenzung und der notwendigen Evaluation.

Für das Vorhaben der Regierung, die sich 10-15 Jahre für die Umsetzung einer Strategie Zeit lassen will, hat die Spitex wenig Verständnis. Die Politik und die Leistungserbringer müssen zeitnah Schritt halten, um die Veränderungen in der Gesundheitsversorgung adaptieren zu können.

3. Fallbeispiel Grundversorgungsmodell MediZentrum

Ergebnisse des Fachinterviews mit Daniel Arn, Rechtsanwalt bei Recht & Governance

3.1. Ambulante Grundversorgung – MediZentrum als Zukunftsmodell

Die MediZentrum Schüpfen AG setzt sich seit Jahren intensiv mit möglichen Modellen für die ambulante Grundversorgung auseinander. Das durchschnittliche Alter der Grundversorgerinnen und Grundversorger liegt bei über 53 Jahren – die klassischen Hausarztpraxen werden praktisch nur noch von 55 bis 70 Jährigen aufrechterhalten. Ohne baldige Gegensteuer ist die ambulante Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte mittelfristig gefährdet.

Die Sicherung der ambulanten Versorgung ist vor allem in den ländlichen Regionen eine grosse Herausforderung. Viele Gemeinden geraten unter Druck, da zahlreiche Hausärzte in den nächsten Jahren in Pension gehen werden. Es gibt sogar Gemeinden, die keinen anderen Ausweg sehen, als selber Praxen bereitzustellen und Ärzte zu rekrutieren. In der Regel sind solche Versuche nicht erfolgreich, denn es ist schwierig, geeignete Ärzte zu finden, die lange bleiben.

Es existieren heute vier Typen von Grundversorgungsmodellen:

1. Die klassische Hausarztpraxis im Eigentum der Ärzte (Einzelkämpfer, Gruppenpraxis)
2. Praxis im Eigentum eines Investors (wie LocalMed)
3. Ambulatorium im Eigentum des Staats (Spital, Gemeinde, etc.)
4. Medizentren im Eigentum der Betreiber (Ärzte und weitere Akteure)

Für das bisher vorherrschende Modell 1 können nicht genügend junge Ärzte gewonnen werden; das Modell ist einfach nicht attraktiv genug. Das Modell 2 funktioniert nur beschränkt. So gab es beispielsweise Praxen, die ein Jahr nach Eröffnung von den Investoren bereits wieder geschlossen wurden. Schwierig ist hierbei auch die persönliche Bindung des Patienten an den Arzt. Das Modell 3 ist eigentlich eine staatliche Grundversorgung (wie z.B. in Moutier) – wenn Lücken in der Grundversorgung drohen, ist dies jedoch sicher besser als nichts.

Mit Modell 4, den sogenannten Medizentren, hat man eine Lösung, mit der junge Ärzte motiviert und rekrutiert werden können. Damit steht und fällt die ambulante Grundversorgung. Das Modell basiert auf der Idee, dass der Arztberuf weiterhin ein liberaler Beruf ist und der Arzt als Unternehmen auftritt. Die Voraussetzungen sind jedoch anders als in der klassischen Hausarztpraxis.

Funktionsweise des Modells am Beispiel MediZentrum Schüpfen: Medizentren sind lokale Aktiengesellschaften, die einen Verbund untereinander haben (derzeit fünf Zentren). Über diesen Verbund wird die Logistik und Administration zentral für alle Praxen geregelt (externe Geschäftsstelle). Dies entlastet die Ärzte von fachfremden administrativen Aufgaben wie dem Abrechnungswesen, der Buchhaltung oder der Bewirtschaftung von Infrastruktur und Verbrauchsmaterial. Die lokalen Aktiengesellschaften gehören den Ärzten selbst. Junge Ärzte können angestellt werden und sich dann schrittweise beteiligen bzw. sich in die Aktiengesellschaft einkaufen (hier gibt es verschiedene Spar-Modelle). Auch Teilzeitanstellungen sind (mindestens 50-60 Prozent) möglich; denn die Medizin wird heute stark durch Frauen geprägt. Die Ärzte bleiben somit Unternehmer (je nach Persönlichkeit mehr oder weniger stark, z.B. mit Sitz im Vorstand), müssen die ganze Last und den administrativen Aufwand jedoch nicht alleine tragen.

Die Zentren gehen gezielt in die Richtung der integrierten Versorgung. So werden Fachärzte und die Spitex direkt eingebunden. Das MediZentrum Schüpfen versorgt zum Beispiel mehrere Alterseinrichtungen in der Region. Integriert Versorgung heisst auch, über den eigenen Bereich hinauszudenken. Beispielsweise haben sehr viele Patienten Sozialdienstkontakte. Die Ärzte müssen sich heute oft mehrere Stunden mit einem Sozialdienst auseinandersetzen, den sie nicht kennen. Solche Aufgaben versucht man in den Zentren niederschwelliger anzusiedeln, um die Ärzte zu entlasten. Allerdings ist es finanziell schwierig. Wenn man ein Sozialarbeiter einstellt, wird dieser von keiner Krankenkasse übernommen. In diesem Bereich sucht man noch nach Lösungen.

3.1.1. Erfolgsfaktoren für die Medizentren

Für die Sicherung der ambulanten Grundversorgung ist es entscheidend, die Attraktivität des Arztberufes dank geeigneten Modellen und Strukturen zu steigern. Das Modell der Medizentren ist zukunftsweisend. Die Ärzte sollen entlastet werden, denn viele sind nicht mehr bereit, 70-Stunden Wochen zu meistern. Administrative Aufgaben werden ausgelagert und gleichzeitig soll der Beruf fachlich breiter werden (z.B. durch Radiologie vor Ort). Der Hausarzt als liberaler, eigenständiger Beruf bleibt, denn das Modell erfordert weiterhin grosses Engagement und unternehmerische Verantwortung.

Junge Mediziner zu gewinnen, ist auch eine kommunikative Aufgabe. Das Modell Medizentrum und seine Leistungen müssen bekannt gemacht werden.

Für den erfolgreichen Aufbau eines Medizentrums braucht es ein breites Wissen, Kompetenzen und viel Erfahrung. Das MediZentrum Schüpfen ist das Resultat von 20-jähriger Erfahrung. Dieses Wissen wird – soweit es die Kapazitäten zulassen – gerne mit anderen geteilt.

3.1.2. Herausforderung für das Modell Medizentren

In der medizinischen Grundversorgung gibt es keine Versorgungspflicht wie etwa in der Altersversorgung oder bei den Schulen. Weder der Kanton noch die Gemeinden sind in der Pflicht, die medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Früher gab es genügend Personen, welche die Versorgung in den Regionen sichergestellt haben. Das hat sich geändert und nun zeigen sich die gewaltigen Herausforderungen/Probleme. Der politische Druck ist entsprechend hoch; fast jede Session werden Vorstösse überwiesen. In diesem Aktionismus ist jedoch keine klare Strategie zu erkennen. Die Verantwortungsträger sind gefordert, strategisch vorzugehen und gezielt auf Modelle und Konzepte mit Zukunft zu setzen. Das Modell der Medizentren ist eine Idee, die von unten kommt. Nun braucht es Support von oben. Nur so kann es sich entlang der gesamten Steuerungskette etablieren. Zahlreiche gewichtige Player sind heute jedoch nicht bereit, auf einzelne ausgewählte Modelle zu setzen und diese prioritär zu fördern. Vielmehr wird die Vielfalt der Modelle hochgehalten und verteidigt – unabhängig davon, ob sich mit einem Modell überhaupt Ärzte rekrutieren lassen. In Anbetracht der drohenden Versorgungslücken kann man sich die Investition in überholte Modelle eigentlich nicht mehr leisten. Es ist jedoch eine Frage der Mentalität/Philosophie und entsprechend braucht es Mut zum Umdenken.

Die Komplexität des Systems mit den verschiedenen Akteuren, welche in die Steuerungskette der ambulanten Versorgung integriert sind, stellt eine weitere Herausforderung dar. Die Akteure reichen von Bund, Kanton, Universitäten und FMH und bis zu den Krankenkassen (KVG Vorgaben). Sie alle haben unterschiedliche Ansprüche und Forderungen. Zudem zeichnet sich bei den Spezialisten eine abweisende Haltung ab. Diese haben teils Angst, dass sie lukrative Aufgaben an die Zentren verlieren (z.B. die Radiologie). Und schliesslich ist die Finanzierung – wie überall – eine grosse Herausforderung. Für ein Medizentrum braucht es hohe Investitionen. Man muss unternehmerisch kreativ und offen sein, um die Finanzierung zu meistern.

3.2. Gesundheitsstrategie für die Grundversorgung

In der Grundversorgung relativ wenige Vorgaben, deshalb wünscht man sich vom Kanton dringend eine Strategie. Eigentlich müsste ein Multilevel Governance Projekt gestartet werden, wie zum Beispiel beim Verkehr. Es ist zu definieren, was der Staat vorgeben soll und wie man die Rahmenbedingungen schafft, dass Private den Auftrag und die Aufgaben möglichst gut umsetzen können.

4. Fallbeispiel Universitätsklinik für Neurologie

Ergebnisse des Fachinterviews mit Claudio L. Bassetti, Klinikdirektor und Chefarzt, Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital

4.1. Neurologie – Hochspezialisierte Medizin am Inselspital

Die Neurologie ist heute ein Schwerpunkt in praktisch allen Universitätsspitalern. Dies zu Recht, denn Nervensystemerkrankung sind mit 25 % sehr häufig. 2016 gab es in der Neurologischen Klinik Inselspital 6'100 Notfälle und über 20'000 Erstbesuche.

Die Klinik ist sehr rasch gewachsen und die Zusammenarbeit mit den Spezialisten und Fachkräften ist sehr gut. Derzeit ist schwierig abzuschätzen, wohin sich das Neurozentrum Insel bewegen wird und was die Vorgaben für die erfolgreiche Entwicklung sein werden. Wie in den meisten Kantonen, muss man auch in Bern die Visionen und Ziele einem Reality Check unterziehen. Es ist viel in Bewegung. Die grosse Herausforderung ist derzeit, eine Angebotsstrategie für die Versorgung zu definieren. Diese übergeordnete Angebotsstrategie sowie die räumlichen, organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen bilden die Ausgangslage für die Weiterentwicklung und Zieldefinition des Neurozentrums. Unabhängig davon steht jedoch ausser Frage, dass man im Neurozentrum besser werden will – nicht zwingend Grösser, aber auf jeden Fall besser.

4.2. Integrierte Versorgung und Kooperationen sind die Zukunft

Die Geschichte der Neurofächer begann mit einer Separierung der Disziplinen. Sehr früh haben sich die Neurologie und Psychiatrie getrennt. Heute zeigt sich immer mehr, dass diese artifizielle Fragmentierung nicht zielführend ist. Man muss die Disziplinen wieder zusammenbringen und neue Formen der Zusammenarbeit und des Knowhow-Sharings finden – im Interesse des Patienten.¹

Der Blick auf die aktuellen Entwicklungen in der Gesellschaft verdeutlicht, dass integrierte Versorgung und Zusammenarbeit gestärkt werden müssen. Die Demenz ist ein Paradebeispiel dafür, wie sich die Medizin verändern muss. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ärzten, Organisationen und Heimen muss besser spielen: von der Diagnose zur akuten Betreuung der ersten Monaten und bis zur Endphase. Die Demenzzahlen nehmen extrem zu, Alzheimer steigt bis zu 30 Prozent. Auch die Hirnschläge und Parkinson nehmen zu. Man muss sich dringend noch aktiver aufeinander zu bewegen.

In der hochspezialisierten Medizin hat man wenig Patienten pro Jahr. Deshalb muss man hier stärker zusammenarbeiten, um eine notwendige kritische Masse und Tiefe erreichen können: zum Beispiel bei Schlaganfällen, bei der Epilepsie-Chirurgie oder bei der tiefen Hirnstimulation.

4.3. Kooperation und Zusammenarbeit im Neurozentrum

Im Neurozentrum wird die gesamte Behandlungskette angeboten, vom Notfall bis zu Rehabilitation. Es kommt alles aus einer Hand und das ist in der Schweiz einmalig. Kooperationen und Zusammenarbeit sind hierfür zentral. Modelle und Anbieter, die alles aus einer Hand bieten können, sind die Zukunft und sollten gestärkt werden. Kooperationen müssen auch überregional weiter gestärkt werden, denn es gibt viele Patienten, die von ausserhalb des Kantons kommen.

¹ Siehe auch das Projekt: <http://www.sfcns.ch/>

Ein gutes Beispiel für die Interdisziplinarität ist die Zusammenarbeit mit der UPD (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern). Die Psychiatrie und die Neurologie sind sich bereits sehr nahe. In diesem Bereich ist Bern heute führend. Diese Zusammenarbeit gilt es weiter zu stärken, denn davon würden die Patienten profitieren. Es wäre zu begrüßen, wenn die räumlichen Trennungen weiter reduziert würden, zum Beispiel indem ein Teil der Psychiatrie auf dem Insel-Campus anwesend sein würde. Die örtliche Frage ist momentan jedoch komplex: Die Frage, was auf dem Campus angesiedelt sein soll, ist nicht zuletzt auch eine Frage der Versorgungsstrategie. Die Versorgungsstrategie ist eine Aufgabe, die kein Player alleine in Angriff nehmen kann. Es braucht die Zusammenarbeit der GEF, der UPD, der Insel und der weiteren Versorger. Hinzu kommt natürlich auch immer die Frage der Finanzierung; denn die Psychiatrie wird anders finanziert und entgolten als Akutspitäler.

Das Neurozentrum kennt neben der UPD weitere gute Beispiele für Kooperationen über die Versorgungskette und die verschiedenen medizinischen Bereiche hinweg:

- Das Stroke-Center (Schlaganfall-Medizin) mit seiner Versorgungskette. Es ist einmalig in der Schweiz.²
- Die Neurologische Klinik an zwei Standorten mit dem Spital Riggisberg in der Neurorehabilitation.³
- In der Schlafmedizin, in der Bern schweizweit führend ist, sind verschiedene universitäre Kliniken und Institute mit überregionaler Zusammenarbeit involviert.

Beim Neurozentrum gibt es zahlreiche Akteure, die bei der Vernetzung und Zusammenarbeit eine Rolle spielen: die Patientenzuweiser (Hausärzte, Notfall/Spitäler, etc.), die Gesundheitsdirektorenkonferenz (überregionale Versorgung), der Kanton, die sitem Insel AG (translationale Forschung, auch mit den ETHs und weiteren nationalen Playern) etc. Die Liste ist sehr lange, denn die Neurologie ist ein grosses Gebiet. Es umfasst den Geist/Psyche und das Gehirn als Organ.

4.4. Herausforderungen und Forderung an Kanton und Bund

Kantonale Prioritäten und politische Grenzen verhindern leider immer wieder die Zusammenarbeiten. Diese Grenzen/Mauern gilt es abzubauen. Es braucht einen stärkeren Willen für die interkantonale Zusammenarbeit – vor allem in der hochspezialisierten Medizin.

Die Entgeltung und Finanzierung ist ein weiteres grosses Problem, das vor allem auch die Spitäler und Ärzte fordert. Zum Beispiel ist die Patientenverlegung ein schwieriges Thema, denn es geht schnell um Kostenfragen. Der Patient kostet ja nach Abteilung unterschiedlich und so können bereits intern Barrieren entstehen. Der Finanzdruck steigt und das ist oft nicht zum Wohle des Patienten. In dieser Thematik braucht es wieder mehr Ethik. Diese darf nie verloren gehen, wenn es um Medizin geht.

² Weitere Informationen siehe Flyer und Film der Hauptstadtregion Schweiz:

<https://hauptstadtregion.ch/themen/gesundheitsstandort/>

³ Weitere Informationen: <https://www.spitalriggisberg.ch/de/patienten-und-besucher/fachgebiete/details/service/detail/neurorehabilitation/>

5. Fallbeispiel Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

Ergebnisse der Fachinterviews mit Stefan Aebi, Vorsitzender der Geschäftsleitung, und Prof. Dr. Werner Strik, Direktor, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)

5.1. Zusammenarbeit UPD und Insel

Mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaften wird der enge Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen immer deutlicher. Die Zusammenarbeit zwischen den somatischen und psychiatrischen Fächern wird daher in Zukunft weiter intensiviert und organisatorisch vereinfacht.

Die Sonderstellung der Psychiatrie in der Medizin hat heute nur noch historische Gründe und keine fachlichen. Bern konnte die wichtigsten Standbeine der modernen Psychiatrie bereits in den 1970er Jahren strukturell etablieren: Die Psychiatrische Universitätsklinik (auf dem Gelände der ehemaligen «Heil- und Pflgeanstalt Waldau»), die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik, die Psychiatrische Universitäts-Poliklinik am Insepsital und die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit der Schaffung der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) im Jahre 1994 und der Integration der Psychiatrischen Universitätspoliklinik 2006 wurden diese Institutionen als Psychiatrisches Universitätsspital des Kantons konsolidiert und gesetzlich verankert.

Diese strukturelle Konsolidierung förderte die Zusammenarbeit der Universitätsspitäler mit spürbaren Verbesserungen der Abläufe und der Qualität der Patientenversorgung. Konkrete Beispiele sind Brennpunkte im Insepsital wie der psychiatrische Notfalldienst, der psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienst, die psychiatrische Kompetenz im Bereich Schlaf, Gedächtnis, Bewegungsstörungen, Intoxikationen und Verhaltensauffälligkeiten bei organischen Erkrankungen, und nicht zuletzt die Behandlung psychisch auffälliger Straftäter auf der Bewachungsstation. Viele dieser Bereiche sind heute im Rahmen des Neurozentrums oder in interdisziplinären Spezialsprechstunden bereits organisatorisch konsolidiert.

Das Berner Neurozentrum gilt heute als das Paradebeispiel für eine erfolgreiche, interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit. Es vereint die Fachkompetenz von Spezialärzten in koordinierten «Patientenpfaden», in Form gemeinsam organisierter Abklärungen und Behandlungen z.B. bei Gedächtnis-, Schlaf- oder Bewegungsstörungen. Die diagnostischen und therapeutischen Programme orientieren sich an den Bedürfnissen der Patienten (d.h. möglichst gut koordinierte Termine bei den verschiedenen Fachärzten) und am kollegialen Gespräch (d.h. gleichzeitige Anwesenheit der beteiligten Fachpersonen).

Wichtige gemeinsame Projekte betreffen die Wirtschaftlichkeit und die damit zusammenhängende Qualität der Patientenversorgung. Wichtige Beispiele sind die Bereiche E-Health (elektronischer Austausch oft lebenswichtiger Informationen) und die Finanzierung. Zum Schutz ihrer Mitarbeitenden sind beide Universitätsspitäler zudem Mitglied im Verband der Spitäler H+ und haben einen Gesamtarbeitsvertrag, bei dem mehr als 18'000 Mitarbeitende des Kantons zusammengeschlossen sind.

5.2. Zusammenarbeit weiter stärken

In allen Altersbereichen muss die Zusammenarbeit zwischen den somatischen und psychiatrischen Fächern ausgebaut und intensiviert werden. Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen haben oft gleichzeitig einen somatischen und psychosozialen Notstand. Die Versorgung muss auf die veränderten

gesellschaftlichen Umstände dieser Bevölkerungsgruppen abgestimmt werden, die heute oft nicht mehr auf familiäre oder nachbarschaftliche Hilfe zurückgreifen können. Dabei haben die Verkehrswege eine zentrale Bedeutung. Eine integrierte somatisch-psychiatrische Hilfe muss also in einem vernünftigen Gleichgewicht zwischen dezentraler Hilfe und schneller, unkomplizierter Verfügbarkeit spezialisierter, interdisziplinärer Fachkompetenz organisiert werden.

Die organisatorischen Abläufe werden in Zukunft weiter vereinfacht. Unter anderem sind im Arbeitsalltag kurze Wege und die Möglichkeiten für niederschweligen Kontakt enorm wichtig. Probleme können in einem kollegialen Gespräch «im Vorbeigehen» oft viel schneller und effizienter geregelt werden als per E-Mail oder in extra anberaumten Sitzungen mit langen Anreisezeiten. Dieser kollegiale Austausch soll in Zukunft durch eine verstärkte Präsenz der Psychiatrie auf dem Insel-Campus gefördert werden. Die kürzeren Wege werden auch für stationäre Patientinnen und Patienten eine erhebliche Erleichterung darstellen, wenn Verlegungen oder konsiliarische Abklärungen nötig sind. Nicht zuletzt können kostspielige und zeitaufwändige Transporte und Begleitungen eingespart werden.

Eine weitere Stärkung der Zusammenarbeit ist von einem patientenorientierten, unkomplizierten Austausch wichtiger Patienteninformationen (d.h. klinische und Laborbefunde) zu erwarten, die mit einem elektronischen Patientendossier ermöglicht wird.

5.3. Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit der UPD mit dem Inselelspital müssen beide Institutionen und vor allem auch die Bevölkerung davon profitieren. Das betrifft insbesondere die Qualität der Versorgung, die Attraktivität der Arbeitsplätze, aber auch die Finanzen. Für eine fruchtbare Weiterentwicklung brauchen die Universitätsspitäler ausreichenden unternehmerischen Spielraum. Viele Synergien, die durch die Initiativen von Fachpersonen entstehen – wie z.B. im Neurozentrum – werden erst nachhaltig wirksam, wenn es gelingt, den Mehrwert gegenüber den strategisch verantwortlichen Verwaltungsräten und Geschäftsleitungen zu vermitteln.

Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit braucht es nicht zuletzt eine überzeugende politische und institutionelle Unterstützung. Diese ist in Bern schon seit vielen Jahren vorhanden. In der Spitallandschaft wird eine innovative Zusammenarbeit des Inselelspitals mit den UPD nämlich durchwegs begrüsst. Auch die Universität Bern und ihre medizinische Fakultät haben den Mehrwert der Zusammenarbeit für den Medizinalstandort Bern erkannt. Sie fördern eine zeitgemässe und umfassende, somatische und psychosoziale Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte und leisten einen Beitrag für eine patientenorientierte Forschung.

5.4. Herausforderungen für die Zusammenarbeit

Die unkomplizierte Kooperation zwischen den beiden Berner Universitätsspitalern stösst heute noch auf viele Hürden. Da gibt es den räumlichen Abstand, der den schnellen Kontakt von Patienten mit den richtigen Fachärzten verzögert, aber auch die persönlichen, kollegialen Begegnungen zwischen den medizinischen Kontaktpersonen behindert. Hier ist insbesondere auch die Pflege zu nennen. Sie hat eine zentrale Rolle in der Vermittlung wichtiger Informationen über den somatischen und psychischen Zustand ihrer Patientinnen und Patienten. Ein enger Austausch mit direktem Kontakt zwischen den Disziplinen der «psychiatrischen» und «somatischen» Erkrankungen bietet hier viele Vorteile.

Eine weitere Klippe ist das Finanzierungssystem. Bestimmte soziale Leistungen, die der Psychiatrie mit einem staatlichen «Asylgedanken» traditionell und stillschweigend aufgeladen werden, werden heute nicht mehr bezahlt. Diese Zwickmühle kann nicht durch eine Zusammenarbeit mit den somatischen

Spitälern gelöst werden. Vielmehr riskiert sie eine strukturelle Schieflage der Schweizer Psychiatrie mit spürbaren Auswirkungen auf das öffentliche Zusammenleben.

Die hochgesteckten Erwartungen an die digitale Medizin stossen auf unerwartete Barrieren, die abgebaut werden müssen. Eine effiziente Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen ist nicht möglich, wenn wichtige Informationen über eine Krankheit nur über umständliche Umwege ausgetauscht werden können. Privatsphäre ist wichtig, aber auch eine umfassende Sorge für die Gesundheit. Hier sind nicht nur die Spitäler, sondern auch die Behörden in der Pflicht, insbesondere mit zeitgerechten und personalisierten Regeln für den Datenschutz.

5.5. Rolle und Forderungen an die Politik / Kanton

Der Kanton Bern hat sich für einen starken universitären Medizinalstandort entschieden. Die strategische Ausrichtung des Inselspitals als grösstes Universitätsspital der Schweiz und die gesetzliche Verankerung der UPD als Psychiatrisches Universitätsspital sind klare Signale. Die kommenden Jahre müssen diese strategischen Entscheide der Politik mit positiven Fakten hinterlegen.

Wichtige Weichen wurden bereits gestellt. Die Inselgruppe koordiniert ein grosses, kantonsübergreifendes Einzugsgebiet. Die UPD hat die kantonale Gesamtverantwortung für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung und versorgt den Grossraum Bern mit ihren Dienstleistungen im Bereich der Akut-, Notfall- und Alterspsychiatrie.

Die Erwartung des Psychiatrischen Universitätsspitals an die Politik: Die zunehmende Schieflage der vielen sozialen und medizinischen Aufgaben der Psychiatrischen Kliniken muss konzeptuell und finanziell bereinigt werden. Die stationäre Akutpsychiatrie der UPD Bern hat heute zwei 24/365 Notfalldienste mit intensivpsychiatrischer und allgemeinmedizinischer Kompetenz. Und oft muss sich diese komplexe Organisation mit Problemen wie häuslichen Auseinandersetzungen oder Alkoholabstürzen beschäftigen. Für unsere Mitarbeitenden gehören genau diese Vielfältigkeit der Aufgaben und die damit zusammenhängende zwischenmenschliche Solidarität zum beruflichen Selbstverständnis. Als Betrieb muss das Spital aber dafür sorgen, dass es die Gehälter dieser fachlich und sozial motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch in Zukunft zahlen kann.