



MEDICONGRESS

Kongresse die wirken

MEDICONGRESS MAGAZIN

EXECUTIVE | Fachwissen
für Managementpersonen

MEDICAL | Fachwissen
für Ärztinnen und Ärzte

PUBLIC | Fachwissen
für die Öffentlichkeit

Die Themen

EDITORIAL	3
SPEZIAL Interview	4
Prof. Dr. Edouard Battegay, FACP Direktor Klinik und Poliklinik für Innere Medizin UniversitätsSpital Zürich Ein Gespräch über Multimorbidität, Komplexität und das Denken über Krankheit	
FACHBEITRAG Claudia Brenn Tremblau	9
Neue Versorgungsmodelle für die ambulante medizinische Grundversorgung	
KONGRESSE Personal im Gesundheitswesen	
Pflegedirektorin Yvonne Willems: «Ohne Mitarbeitende kein Betrieb» – Wie Spitäler für Pflegende und Therapieberufe attraktiv sein, werden und bleiben können.	10
EINBLICKE MediCongress	
Am Netz werken	12
Hinter den Kulissen: Peter Brandenberger	13
MediCongress: im Einsatz für Sie	14
Unser Team	15

Nummer zwei



Doris Brandenberger-Krauer
Inhaberin MediCongress GmbH

Liebe Leserinnen, liebe Leser. Wir machen weiter: Gerne überreichen wir Ihnen die zweite Ausgabe unseres Magazins. Wir freuen uns sehr, für Sie auch in dieser Ausgabe Gesprächspartner und Autorinnen zu fokussieren, die etwas zu sagen haben. Austausch, Input und kritische Auseinandersetzung sind uns wichtig. Lassen Sie mich wissen, was Sie denken – oder wenn Sie unser Magazin als Plattform für einen Beitrag nutzen wollen.

Prof. Dr. Edouard Battegay, Internist und Klinikleiter am Universitätsspital Zürich hat sich Zeit für ein Interview genommen; Yvonne Willems-Cavalli, Pflegedirektorin am Ente Ospedaliero Cantonale im Tessin, kommt auf Ihr Referat am Personalkongress im Gesundheitswesen zurück und Claudia Brenn Tremblau beschäftigt sich in einem Text mit der ambulanten medizinischen Grundversorgung.

Im Januar dieses Jahres feierten wir ein kleines Jubiläum mit dem 5. DRG-Forum Schweiz-Deutschland. Das DRG-Forum war der erste Kongress unseres neuen Unternehmens. Mittlerweile veranstalten wir jährlich acht eigene Kongresse und zahlreiche im Auftrag von Organisationen und Verbänden. Das alles wäre nicht möglich ohne Verbündete, Vertraute und ohne die eine oder andere verrückte Idee. Und es wäre nicht möglich ohne Sie: Profis und Expertinnen, Trägerorganisationen und Partner, exzellente Referentinnen und Referenten und ein hochkarätiges Feld von Teilnehmenden. Ihnen allen gebührt unser Dank. Sie spornen uns an, Sie inspirieren uns, Sie ermöglichen uns, etwas zu bewegen, und Sie sind es, auf die wir zählen.

Ich danke Ihnen!

Ihre Doris Brandenberger-Krauer

Impressum

HERAUSGEBERIN
MediCongress GmbH
Auenstrasse 6
CH-8600 Dübendorf
www.medicongress.ch

VERANTWORTLICH
Doris Brandenberger-Krauer
doris.brandenberger@medicongress.ch

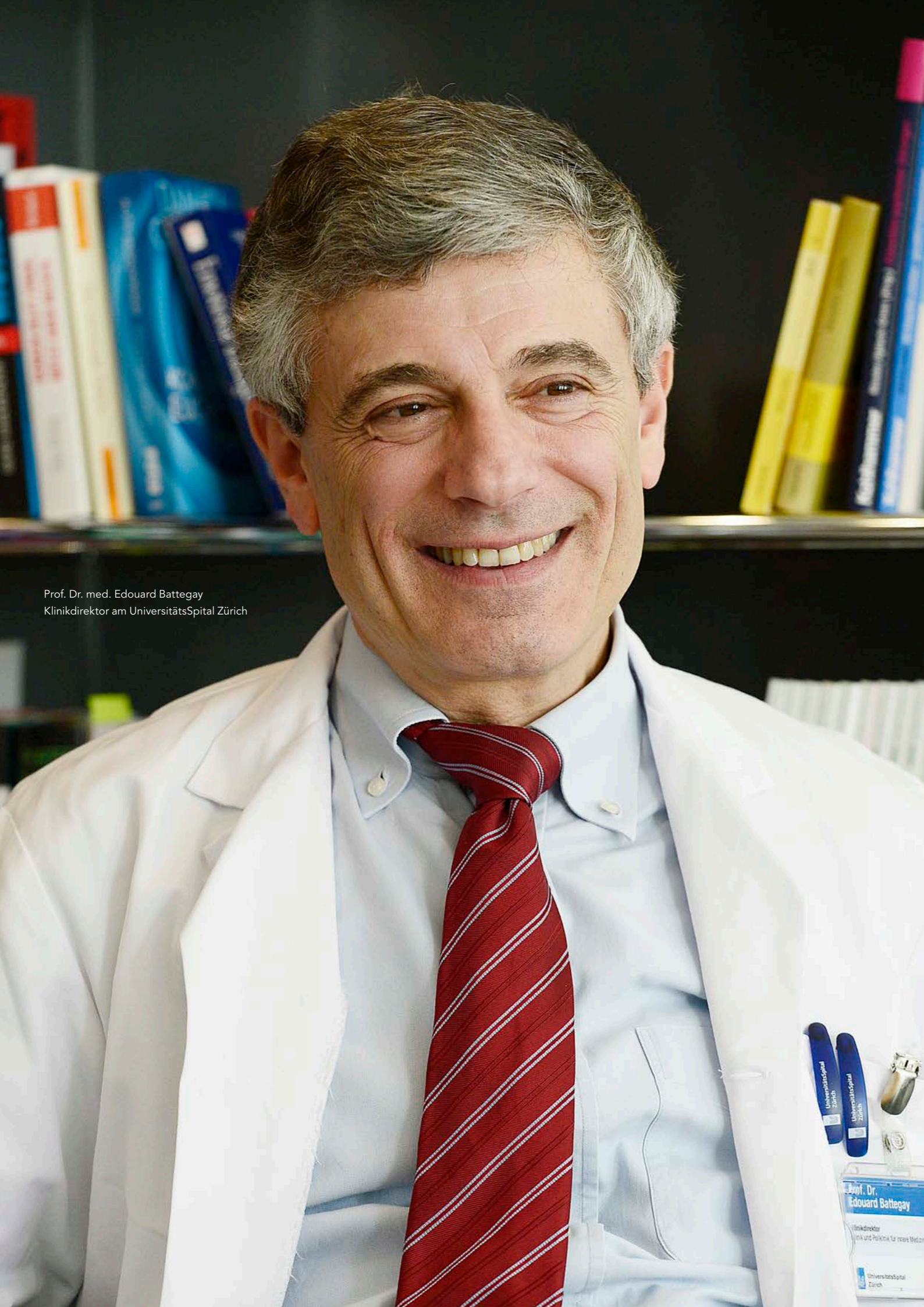
REDAKTION
www.christineloriol.ch

LAYOUT / FOTOS
www.visuell.li <> Peter Brandenberger

AUSGABE
Die Zweite

AUFLAGE
1'000 Ex. deutsch

DRUCK
Kaufmann Druck-Kultur GmbH
www.druckkultur.ch



Prof. Dr. med. Edouard Battegay
Klinikdirektor am UniversitätsSpital Zürich

«Wir managen Komplexität»

Multimorbidität bezeichnet das gleichzeitige Vorhandensein von verschiedenen gesundheitlichen Problemen. Die Mehrheit der Patienten ist davon betroffen. Und je älter wir werden, desto wahrscheinlicher betrifft es uns. Was heisst das für das Gesundheitswesen, für Spitäler, für die Gesellschaft? Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Edouard Battegay, Klinikdirektor am UniversitätsSpital Zürich.

Prof. Dr. Battegay, ist Multimorbidität etwas Normales?

Ja, wobei es auch eine Frage der Definition ist. Ein zu hoher Blutdruck bei gleichzeitiger Arthrose ist eine Multimorbidität. Zum Problem wird sie ja erst dann, wenn der diagnostische Gang oder der therapeutische Weg einander in die Quere kommen.

Zum Beispiel?

Man will Schmerzen bei einer Gelenksproblematik behandeln, aber die Medikamente erhöhen den Blutdruck. Und auch der Schmerz selber erhöht den Blutdruck. Dann müssen wir abwägen, wie wir in dieser Dilemma-Situation vorwärtsgehen wollen. Je älter wir werden, desto wahrscheinlicher werden wir eine, zwei oder drei Erkrankungen haben. Zudem überleben wir – als Folge der sozialen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts – eine erste Krankheit oft, beispielsweise eine Herzschwäche oder HIV. Dann erleben wir eine zweite Krankheit, während die erste immer noch chronisch im Hintergrund ist. Diese überleben wir auch und haben später eine dritte Krankheit. Und so kommt es zu mehreren Krankheiten gleichzeitig. Gemäss einer schottischen Studie ist auch jedes 20. Kind multimorbid. Aber die Multimorbidität nimmt mit steigendem Alter massiv zu. Bei Hochbetagten sind über 90 Prozent multimorbid.

Würden Sie also sagen: «Das hohe Alter ist multimorbid»?

Ja, aber ich füge gerne hinzu: Auch die multimorbide Gross-

mutter hütet ihre Enkelkinder an zwei bis drei Tagen pro Woche. Multimorbid zu sein, bedeutet nicht zwingend, dass die Menschen nicht mehr «funktionieren», keine gute Lebensqualität mehr haben oder in einem übergeordneten Sinn nicht gesund wären.

Wer alte Eltern hat, kennt die Pillen-«Setzkästen». Ist das ein Bild von Multimorbidität?

Tatsächlich. In meiner Klinik haben Patienten im Durchschnitt sechs bis sieben verschiedene aktive Morbiditäten und treten im Durchschnitt mit zwölf verschiedenen Präparaten aus. 20 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten in meiner Klinik haben zehn oder mehr Diagnosen. Das Handhaben dieser Morbiditäten ist eine komplexe Managementaufgabe.

Machen Sie doch ein Beispiel!

Polypharmazie heisst, dass jemand mehrere Medikamente bekommt. Je mehr Krankheiten, desto wahrscheinlicher ist eine Polypharmazie. Jemand hat eine Herzschwäche und bekommt deswegen drei Medikamente. Dann hat er möglicherweise noch eine Depression und Schlafstörungen und bekommt dafür eines oder zwei Medikamente. Vielleicht ist gleichzeitig noch ein Diabetes vorhanden, mit einem bis zwei Medikamenten. Und zusätzlich muss die Person noch einen Cholesterin-Senker nehmen. Vielleicht hat sie noch ein Knie- oder Hüftgelenksproblem, womit noch mehr Medikamente hinzukommen können.

Wenn jemand in Ihre Klinik kommt, hat das mit den bestehenden Morbiditäten zu tun oder mit etwas Akutem?

Es ist international so, dass weit über 50 Prozent der Notfälle, die zu einer Hospitalisation führen, aufgrund der Verschlimmerung einer chronischen Erkrankung stattfinden. Aber bei einem Eintritt in die Klinik ist immer eine Verschlechterung der Situation im Spiel, akut oder schleichend.

Etwas läuft aus dem Ruder...

..zum Beispiel eben eine Herzschwäche. Es kann sein, dass sich am Herzen etwas ändert, etwa durch einen Infarkt. Es kann aber auch sein, dass der Patient die Tabletten zu nehmen vergisst, weil er leicht dement ist. Die Demenz führt dazu, dass die Herzschwäche schwieriger einzustellen ist. Oder je-

Absolut. Woher bekommen wir jetzt die Informationen? Erstens aus der Befragung des Patienten oder der Patientin. Zweitens aus der Befunderhebung, der manuellen Untersuchung. Danach holen wir Informationen via die Angehörigen, den Hausarzt und andere verfügbare Quellen ein. Bei einem Notfall liegt manchmal kein Einweisungsschreiben vor, weil der Hausarzt gar nicht involviert war. Und dann haben wir eine elektronische Krankengeschichte, die im UniversitätsSpital Zürich wirklich hervorragend ist. Wenn die Patienten im Rahmen von chronischen Krankheiten oft mehrmals ein- und austreten, auch vielleicht wegen einer anderen Morbidität, besteht geradezu ein Datenreichtum. Wir haben aber in der Schweiz ein Struk-

«Die Multimorbidität nimmt mit steigendem Alter massiv zu.»

mand ist so depressiv, dass er keinen Sinn darin sieht, die Medikamente zu nehmen. Das heisst, wir haben eine Co-Morbidität von Depression, die dazu führt, dass die Herzschwäche schlechter behandelt werden kann, weil der Patient aufgrund der Depression nicht mehr in der Lage ist, zuverlässig zu sein. Das wird «Disease-Disease-Interaction» genannt, Interaktion zwischen zwei Erkrankungen.

Wenn jemand zu Ihnen kommt, sind sie ja oft nicht der erste Arzt, der ihn behandelt.

turproblem: Das USZ hat keine gemeinsame Krankengeschichte mit den Hausärzten, dem Stadtspital Triemli oder dem InselSpital Bern. Wenn jemand transferiert wird, geht relativ viel Information verloren. Zweitens, und das ist ein Problem vor allem bei langjährigen Patienten, ist mit der Zeit so viel Information in den Krankengeschichten, dass die Übersichtlichkeit leidet. Dann geht es darum, sich ein plastisches Bild der Gegenwart zu machen, unter Berücksichtigung von Vergangenheit und Zukunft. >

Der aktuelle Stand ist dann fast präziser?

Tatsache ist, dass die Leistungsfähigkeit unseres Hirns limitiert ist. Aus diesem Grund haben wir in unserer Klinik das Vieraugenprinzip fast flächendeckend eingeführt. Denn es kommt immer jemand anderem noch etwas Relevantes für die Gegenwartssituation in den Sinn.

Die Lebenserwartung hat zugenommen, die Qualität der Versorgung hat sich verbessert. Läuft dieser Erfolg irgendwann ad absurdum?

Die Prognose des Lebens ist ja grundsätzlich schlecht: Wir sterben alle. In diesem Sinne gibt es sehr wohl eine Limite. Immer mehr Menschen haben eine Chance, sehr alt zu werden. Aber über eine gewisse Altersstufe geht es nicht hinaus. Es ist schon mein Eindruck, dass manchmal gegen Ende des Lebens, wenn ein Problem gelöst ist, ein anderes auftaucht, das dann einer Person ein Ende bereitet. Da kommen wir sicher an Grenzen. In der Literatur spricht man von «Futility», das heisst dem unsinnigen Bemühen in einer ausweglosen Situation. Hier müssen wir uns fragen, ob Entscheide rechtzeitig gefällt werden – im Sinne des Patienten und dessen Angehörigen sowie der Ressourcen, die wir einsetzen.

Wie meinen Sie das?

Nehmen wir an, jemand hat zufrieden gelebt, hat eine Patientenverfügung und wünscht keine extremen Massnahmen. Es bestehen eine oder mehrere Erkrankungen, die sicher zum Tod führen. In dieser Situation sollten wir auch nachlassen können und zum Beispiel nicht mehr regelmässig Laboranalysen machen, die nur das Sterben dokumentieren. Ich sehe im Erfolg von Exit und Dignitas letztlich auch einen Misserfolg der modernen Medizin, Möglichkeiten für ein würdevolles Ende anzubieten.

Was schlagen Sie vor?

Ein besseres Erwartungsmanagement darüber, was moderne Medizin kann. Und zwar ge-

meinsam mit Patienten und Angehörigen. Wir können Menschen nicht jünger machen. Wenn jemand eine Herzschwäche hat, bleibt diese bestehen. Manchmal muss man sich auch fragen, warum jemand überhaupt hospitalisiert wird. Oft geschieht es auf Drängen oder aus Angst der Angehörigen, es könnte zuhause «etwas passieren». Wenn man die Grundprognose des Lebens anschaut, ist es aber so: Irgendwann wird «etwas passieren». Empirische Untersuchungen besagen, dass ältere Menschen es vorziehen, zuhause zu sein, wenn es so weit ist, und lieber in Kauf nehmen, dass «etwas passiert». Wir müssen einen Weg aus der Angst finden. Das ist zu Hause im Kreise des Vertrauten und der Vertrauten leichter.

Was bedeutet Multimorbidität im hohen Alter für Sie?

Wir sind als Klinik für Innere Medizin darauf eher spezialisiert als andere. Bei einer Monomorbidität oder wenn eine Krankheit eine eher nicht relevante Zusatzmorbidität hat, befindet sich jemand eher in einer spezialisierten Fachklinik. Wenn die Person aber multimorbid ist – und das sind die meisten Patienten, die in ein Spital kommen – und diese Multimorbidität relevant ist, dann ist er bei uns in der internistischen Klinik. Das bedeutet: Es besteht ein hoher Koordinationsbedarf. Man muss Prioritäten und Posterioritäten setzen. Die Führung wird sehr wichtig, denn wir können nicht allem nachgehen.

Wie gehen Sie dann vor?

Wie gesagt; Zwanzig Prozent der Patienten haben zehn oder mehr Diagnosen. Wir müssen herausfinden: Worum geht es jetzt? Welches Ziel haben wir mit der Hospitalisation? Ein Ziel kann sein, dass die Patientin wieder ein Stockwerk Treppen steigen kann. Warum? Weil sie im 1. Stock wohnt und es in ihrem Haus keinen Aufzug gibt. Darauf werden wir dann die Therapie der Herzschwäche und der damit verbundenen Atemnot und/oder die Schmerztherapie des Knies ausrichten.



Prof. Dr. Edouard Battegay, Klinikdirektor: «Die Prognose des Lebens ist ja grundsätzlich schlecht: Wir sterben alle.»

Zur Person

Seit 2007 ist Prof. Dr. med. Edouard Battegay Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich sowie ordentlicher Professor für Innere Medizin an der Universität Zürich. Seine klinischen und wissenschaftlichen Interessen richten sich auf Allgemeine Innere Medizin, Multimorbidität, Differenzialdiagnostik, Hypertonie, Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen und Angiogenese.

Neben seiner Tätigkeit als Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin und Weiterbildungsverantwortlicher für die Innere Medizin ist er im Rahmen der Universität Zürich Gründer und Präsident Leitungsausschuss des Kompetenzzentrums Multimorbidität, Vizedirektor des universitären Forschungsschwerpunktes „Dynamics of Healthy Aging“ und Mitglied der akademischen Leitung des Zentrums für Gerontologie sowie Dozent bei internen und externen Weiterbildungen. Darüber hinaus ist Battegay Mitglied verschiedener Gremien, die sich mit Herz-Kreislauf-Prävention beschäftigen sowie im Verwaltungsrat der RehaClinic AG. 2012 ist er zum Fellow des American College of Physicians ernannt worden. Battegay ist geschäftsführender Herausgeber der Zeitschrift Praxis und Autor und Mitautor verschiedener Fachbücher, wie beispielsweise des internationalen Referenzwerkes Hypertension: Principles and Practice sowie Herausgeber des Standardwerkes Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten.

Wie kompatibel ist diese Haltung denn mit dem DRG?

Das DRG ist für uns Internisten ein Riesenproblem. Wir sind ja keine Interventionalisten oder Chirurgen, und in der Schweiz werden invasive Interventionen deutlich besser tarifiert – tendenziell im Sinne einer Reparatur oder eines Ingenieurdenkens. Bei uns lassen sich

treiben wir Prozessoptimierung und definieren Ziele. Bei uns geht es um Management von Komplexität.

Und das DRG trägt dem gar nicht Rechnung?

Doch, schon. Indem die Fallkosten in einem Unispital höher sind, also die Base Rate, als in einem sonstigen Spital. Und

plexität werden unsere Fälle nicht mehr kostenmässig abgedeckt. Dann machen wir Verlust. Zudem haben wir als zentrales Spital ja noch sehr viele andere Aufgaben, die nicht genügend abgedeckt sind: Katastrophenvorbereitung etwa. Mitarbeitende meines Teams waren beispielsweise in der Ebola-Vorbereitung involviert.

«Mit jedem zusätzlichen Komplexitätsfaktor, steigt die Komplexität exponentiell.»

Prozesse viel weniger genau definieren, wie bei einer Meniskusoperation. Prozesse können einander in die Quere kommen. Wegen einer Gelenkerkrankung sollte man hoch dosiertes Cortison geben, wegen des Diabetes sollte man genau dies nicht tun, damit dieser nicht ausser Rand und Band gerät. Und im Durchschnitt kommen noch ein drittes, viertes, fünftes, sechstes Problem hinzu. Natürlich be-

zweitens gibt es den Case Mix-Index. Aber das System ist linear. Jede zusätzliche Diagnose – und dafür haben wir eigene Daten, die aber noch nicht publiziert sind – führt dazu, dass Herausforderungen, Probleme und die Hospitalisierungsdauer exponentiell zunimmt. Mit jedem zusätzlichen Komplexitätsfaktor, steigt die Komplexität exponentiell. Und das heisst: Ab einem gewissen Mass von Kom-

Was hätten Sie als Klinik-Direktor am USZ denn für Bedürfnisse? Was fehlt?

Zunächst kommt eine gute Zeit auf uns zu: Dank DRG werden die Daten einheitlich codiert. Das erlaubt eine saubere Analyse seitens aller Involvierten. Ich bin optimistisch, dass wir auch Fortschritte im Verständnis von Multimorbidität machen. Sie ist nicht einfach ein statistisches Zusammentreffen. Sie besteht

aus organisch zusammengehörenden Faktoren. Herzschwäche und Depression interagieren und definieren neue Prozessüberlegungen. Was ich mir vorstelle ist, dass man das in der Bevölkerung besser wahrnimmt. Und dass Generalisten in Spitälern solche komplexe Situationen managen und damit auch zu einem rationalen Einsatz der Ressourcen beitragen können.

Was wäre zu tun?

Es ist notwendig, eine vernünftige, angemessene Medizin zu machen. Und ich denke, wir müssen das auch erforschen. Letztlich wissen wir über die Einflüsse von Interaktionen zwischen Erkrankungen auf Prozesse noch sehr wenig. Sowohl fachlich, als auch bei den Kostenträgern. Wir brauchen dafür Unterstützung von den Institutionen.

Und diese fehlt?

Momentan ist vieles noch sehr in den Monomorbiditäten verhaftet, in Strukturen und auch in der Ausbildung und den Lehrbüchern. Ausserdem gibt es in der Medizin der letzten Jahrzehnte auch eine Atomisierungstendenz, eine Vereinzelnung, die mittlerweile auch Fachgebiete wie die Kardiologie betreffen. Wir brauchen Fachleute, die in Koordination trainiert sind. Der Generalist in Praxis und Spital führt heute vom Symptom zur Diagnose und verfügt über ein vertieftes Wissen in Multimorbiditätssituationen.

Müssten wir anders denken und sagen: Multimorbidität ist eigentlich das Normale, davon müssen wir ausgehen?

Wenn ein Chirurg den Meniskus bei einer älteren Person operiert, dann ist sie mit hoher Wahrscheinlichkeit schon im Knie selber multimorbid. Die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass sie zudem einen hohen Blutdruck hat und vielleicht eine Blutverdünnung wegen einer Herzerkrankung hat. Das bedingt dann Anpassungen im Vorgehen und eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Ärzten und Kompetenzen. >

Das ist ja endlos komplex!

Ja, aber da hat sich auch eine Kultur der Zusammenarbeit entwickelt. Chirurgen arbeiten mit Internisten zusammen, mit den Hausärzten, es gibt Instruktionen und für die sehr häufigen Probleme auch eine Basis in der wissenschaftlichen Literatur.

Ist Multimorbidität auch ein Thema für die Versorgungsforschung?

Ja. Wir müssen uns auch auf eine Art Komplexitätsforschung einlassen. Was brauchen wir? Eines der grössten Hindernisse ist der Datenschutz. Dort muss man sich überlegen, wie wir grosse Dateien, in denen Patientendaten drin sind, anonymisiert untersuchen, ohne dass wir

mit Datenschutz oder Ethik in Konflikt geraten.

Was bedeutet Multimorbidität für das Spitalmanagement?

Wir haben ja eine Phase der Prozessoptimierung, in der auch Ökonomen beteiligt sind. Viele unterschätzen dabei die Komplexität eines Spitals und der Patientinnen und Patienten. In einem industriellen Betrieb gibt es eine Anzahl Produkte, die modular veränderbar und relativ begrenzt sind. In einem Spital haben wir eine unglaubliche Anzahl von Produkten. Rein mathematisch überlegt: Wenn wir 68'000 ICD-CM-10-codierbare Diagnosen haben und bei einer Patientin drei aktive Probleme feststellen, kom-

men wir theoretisch schon auf über 3×10^{14} Kombinatorische Möglichkeiten. Und wir haben in meiner Klinik pro Patient im Durchschnitt sechs Diagnosen. Zudem ist das Ausmass innerhalb der Diagnosen verschieden, ebenso die Persönlichkeiten der Patienten, der Angehörigen etc. Allerdings gibt es natürlich häufige Muster von Erkrankungen, es ist zum Glück nicht ganz so komplex ... Und nachmittags um zwei ist es im Spital völlig anders als um zwei Uhr morgens. Dieser Komplexitätsgrad und die damit verbundenen Führungsanforderungen werden unterschätzt und sind nicht durch einfache Massnahmen in den Griff zu bekommen. Diesbezüglich erwarte ich als Arzt und Klinikdirektor mit sehr viel Erfahrung, dass wir mehr gehört werden.

Von wem?

Von der Politik, von Verwaltungsräten, von Spitaldirektio-

Diese Kosten werden nicht zu ändern sein?

Es wird in der Gesellschaft immer mehr Dinge geben, die sich automatisieren lassen. Auch bei uns. Aber unser Automatisierungspotenzial ist geringer als in anderen Sparten, weil unsere Arbeit personalintensiv ist, vor allem bei Komplexität, und von Menschen getan werden muss. Und deshalb glaube ich, dass wir als Gesundheitssystem insgesamt überproportional wachsen werden bezüglich Kosten.

Finden Sie eigentlich, man müsste aufhören, die Kostenexplosion zu beklagen?

Nein. Aber wir müssen uns überlegen, wo Ressourcen sinnvoll eingesetzt sind und was wir wollen. Wir reden aber zu viel von Kosten und überlegen zu wenig: Was haben wir vom System? Wie wollen wir leben – als Gesunde, als Patienten, als Sterbende, als Angehörige, als Individuen, als Gesellschaft? Ich

«Wir überlegen zu wenig: Was haben wir vom System? Wie wollen wir leben?»

nen. Leute, die im Spital gross geworden sind und wissen, wie ein Spital morgens um drei aussieht, sollten involviert sein.

Steht eine Klinik wie Ihre auch innerhalb des Unispitals in einem Wettbewerb?

Das ist so. Das USZ muss schauen, dass es finanziell als Ganzes überlebt. Es ist ganz klar, dass Kliniken, die Geld bringen, für das USZ zentral sind. Auch für meine Klinik übrigens. Ich bin froh darüber, auch wenn einzelne Kliniken konzeptionell immer mehr als auf sich allein gestellte Profitcenter scheinen. Wir sind etwa angehalten, für Ambulatorien voll kostendeckend zu sein. Da die Tarifsätze unterschiedlich sind und in der allgemeinen Inneren Medizin eher schlecht, sind wir diesbezüglich etwas benachteiligt. Wir konnten uns trotzdem gut halten. Wir haben die Prozesse immer effizienter gestaltet, aber wir kommen an Limiten.

glaube schon, dass wir noch ein grosses Potenzial hätten, Kosten zu reduzieren, aber es muss dem, was wir wollen, untergeordnet sein. Wir müssen uns viel mehr Fragen stellen zur Sinnhaftigkeit von Massnahmen. Auch im Gespräch mit dem Einzelnen. Viele Menschen haben für sich innerlich genau definiert, was für sie Sinn macht. Diesen Gesprächsprozess müssen wir fördern. Und ich glaube, wir müssen es uns auch gesellschaftlich überlegen. Was ist sinnvoll? Was bringt es dem Patienten und der Gesellschaft? Welche Kosten erwachsen einer Gesellschaft auch, wenn wir etwas unterlassen.

Haben Sie überhaupt Zeit, sich solche Fragen zu stellen?

Ja sicher. Das ist unser Alltag.

Interview: Christine Loriot

Mit kleinen Schritten zum Ziel

Wie sieht die medizinische Versorgung der Zukunft aus? Neue Versorgungsmodelle für die ambulante medizinische Grundversorgung – Überlegungen und Vorschläge.

Wir stehen vor grossen Herausforderungen. Sie heissen: Demografische Alterung und Hochaltrigkeit, welche auch die Leistungserbringer betrifft, Zunahme von chronischen Erkrankungen, Verknappung der finanziellen und personellen Ressourcen, geringere Bedeutung der kurativen Akutmedizin, gesellschaftliche Veränderungen (Generation Y), technischer Fortschritt.

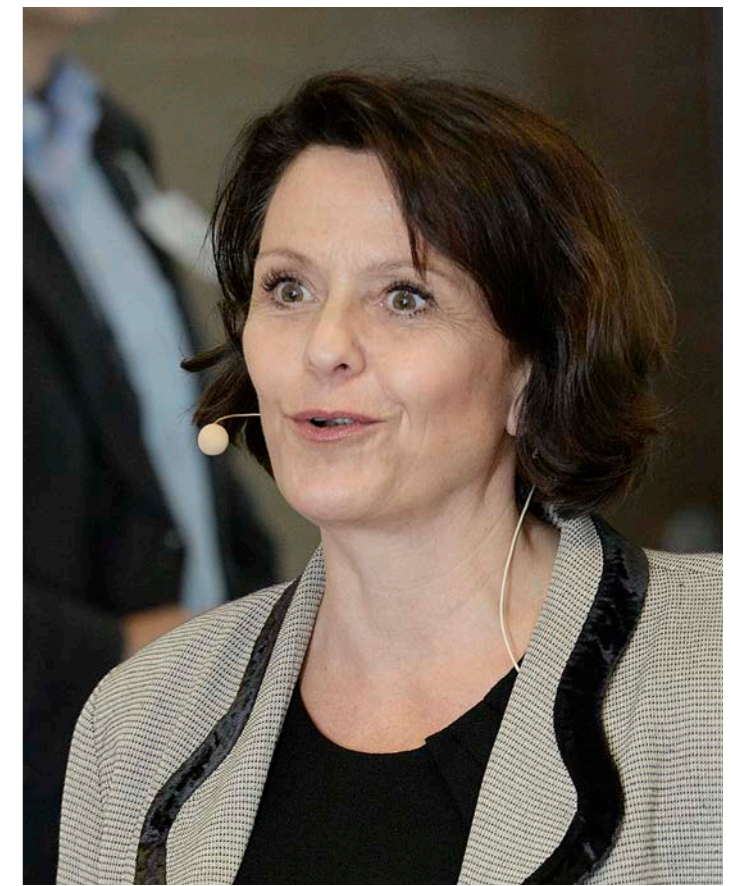
Um diesen Herausforderungen zu begegnen, werden vor allem im Bereich der ambulanten Medizin immer wieder neue Versorgungsmodelle und neue Formen der Zusammenarbeit propagiert, mit welchen die Qualität und die Effizienz verbessert, die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erleichtert und die Arbeits- und Kompetenzverteilung optimiert werden sollen. Soweit die theoretische Zielsetzung.

Mehr Freiräume, gezieltere Anreizsysteme

Die Schwierigkeit liegt aber in der konkreten Umsetzung, denn die immer wieder geforderten flankierenden und begünstigenden Rahmenbedingungen sind in der Praxis kaum vorhanden. Innovative ambulante Versorgungsmodelle scheitern heute oft an exzessiven gesundheits- und auf-

sichtsrechtlichen Vorgaben, tarifarischen Unwägbarkeiten oder schlichtweg an der Rentabilität. Was tun? Aus meiner Sicht würde es für solche wirklich neuen Versorgungsmodelle mehr Freiräume, gezieltere Anreizsysteme – und vielleicht auch einen höheren Leidensdruck brauchen. Und nachdem sich im Gesundheitswesen bekanntlich kaum etwas von heute auf morgen verändert, wird uns nichts anderes übrig bleiben als mit kleinen Schritten zum Ziel zu gelangen.

So können wir zum Beispiel mit kooperativen Modellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern den Behandlungsprozess schrittweise verbessern. Und wir können den Prozess des Datenaustausches optimieren. Hier müssen wir uns aber bewusst sein, dass z.B. erst gut 50% der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte über eine vollständige elektronische KG verfügen, schützenswerte Patientendaten nach wie vor mit unverschlüsselten E-Mails verschickt werden und eine Online-Anmeldung für Patientinnen und Patienten im Spital noch eine Seltenheit darstellt. Ein Schritt in Richtung eines verbesserten Informationsaustausches könnte mit dem Elektronischen Patientendossier (EPD)



«Mit kooperativen Modellen zwischen Leistungserbringern den Behandlungs-Prozess schrittweise verbessern.»

Zur Person

gemacht werden. Das EPD wird aber nur dann erfolgreich eingeführt werden können, wenn trotz doppelter Freiwilligkeit und einer enormen Regeldichte eine grosse Anzahl von Patienten und von Leistungserbringern den Nutzen erkennt und mitmacht.

Wir haben es in der Hand, diesen nächsten Schritt zu tun. ■

Claudia Brenn Tremblau ist seit Januar 2016 Leiterin Unternehmensentwicklung bei der Ärztekasse Genossenschaft. Sie ist Mitglied von verschiedenen Verwaltungen- und Stiftungsräten.

Nach juristischen Funktionen bei der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der SwissRe war sie lange als Generalsekretärin der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich tätig. Bis Ende 2015 war sie Mitglied der Geschäftsleitung der nsn medical, wo sie für Projektleitungen und Unternehmensentwicklung zuständig und als Klinikleiterin tätig war.



Prof. Dr. Edouard Battagay:

«Viele Menschen haben für sich innerlich genau definiert, was für sie Sinn macht. Diesen Gesprächsprozess müssen wir fördern.»

Beziehungs- Pflege

Ohne Mitarbeitende, kein Betrieb. Zum Fachkräftemangel in Spitälern und Heimen sprach Pflegedirektorin Yvonne Willems-Cavalli am 2. Personalkongress im Gesundheitswesen* darüber, wie Spitäler für Pflegende und Therapie-Berufe attraktiv sein, werden und bleiben können.



«Was ein Spital auszeichnet, ist seine menschliche Dimension.»

Zur Person

nicht die neuesten diagnostischen und chirurgischen Ausstattungen, nicht die modernste Technologie. Was ein Spital auszeichnet, ist seine menschliche Dimension. Und zum Wichtigsten gehören positive und gesunde Beziehungen.

Fürsorgende Pflege oder das «Concept of Caring»

Denn Beziehungen bestimmen die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Pflegenden: die Beziehung zwischen Pflegenden, Patienten und ihren Familien; die Beziehung zwischen Pflegenden und ihren Teammitgliedern; und die Beziehung zwischen denjenigen, die auf einer Abteilung arbeiten und den übrigen Mitarbeitenden im ganzen Spital. Beziehungspflege basiert auf dem «Concept of Caring», dem Konzept der fürsorgenden Pflege. Fürsorgende Pflege bedeutet: Sorge um sich selbst, Sorge um die anderen und Sorge um die Patienten tragen. Eine fürsorgende Patientenpflege setzt gute und gesunde interpersonelle Beziehungen im Pflegeteam voraus. Wenn im Pflegeteam Probleme entstehen, liegt das meistens am Fehlen oder am Ver-

Yvonne Willems-Cavalli ist seit dreissig Jahren in der Schweiz und war bis 2004 Pflegedienstleiterin des onkologischen Instituts im Tessin. Seit 12 Jahren arbeitet sie als Pflegedirektorin beim Ente Ospedaliero Cantonale und vertritt die Pflege in der Geschäftsleitung. Das Ente Ospedaliero Cantonale ist ein Spital mit 7 verschiedenen Standorten. Gegründet 1982, ist es seit 2001 juristisch und zunehmend auch praktisch ein einziges Spital geworden. Organisatorisch ist dies ein Gemisch aus Zentralisierung und Dezentralisierung. 900 Betten, etwa 5000 Mitarbeitende. Das EOC hospitalisiert pro Jahr rund 40'000 Personen und behandelt etwa 300'000 ambulant. 2007 wurde ein Pflegephilosophie- und Organisationsmodell eingeführt.

schwinden eines oder mehrerer der folgenden grundlegenden Aspekte der gesunden interpersonellen Beziehung: gegenseitiger Respekt, Vertrauen, offene und ehrliche Kommunikation sowie umstandsgerechte und sichtbare Unterstützung. Ich bin fest davon überzeugt, dass die-

«Eine fürsorgende Patientenpflege setzt gute und gesunde interpersonelle Beziehungen im Pflegeteam voraus.»

se Aspekte einer gesunden Arbeitsumgebung in der heutigen stressvollen Zeit wichtiger sind als je zuvor.

Ökonomisierung der Medizin, auch in der Sprache

Die Teams stehen unter Druck und damit auch das Arbeitsklima. Die Arbeitsintensität hat sich erhöht. Weil Patientinnen und Patienten früher aus den Akutspitälern entlassen werden, nimmt die Pflegekomplexität auch in den Heimen und in der Spitex zu. Weitere Faktoren steigern die Arbeitsintensität: beispielsweise die Einführung von neuen Technologien wie

Kunden. Alles das kann zu Frustrationen in der Pflege führen. Das Positionspapier «Medizin und Ökonomie wie weiter?» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften warnt: «Mit einem verstärkten Fokus auf unternehmerischem Denken, Markt- und Wettbewerbsorientierung droht der Beziehungsaspekt unterzugehen.» Wir tun mehr und das in kürzerer Zeit. Und wir haben auch weniger Zeit, Emotionen zu verarbeiten. Emotionen, die durch ethische Probleme, durch die Interaktion unter den Teammitgliedern, aber vor allem durch die Patientenerfahrung entste-

hen. Dies ist vielleicht die grösste Herausforderung für uns als Pflegekader: den Pflegenden zu ermöglichen, zu pflegen und in der Nähe der Patienten zu sein.

Vielfältig zusammengesetzte Arbeitsgruppen und Boards

Abgesehen davon braucht es gute Rahmenbedingungen, um Pflegende im Beruf zu halten. Ein wichtiger Aspekt ist sicher auch die Karriereplanung, die sorgfältig vorbereitet werden muss. Die Herausforderung ist es, Bedingungen zu schaffen, damit so viele Teammitglieder wie nur möglich Freude an ihrer Arbeit haben, sodass sie im Beruf bleiben. Ein Schlüssel zur Berufszufriedenheit ist es, so viel Autonomie wie nur möglich über den eigenen Praxisalltag zu haben, was dann auch eine Vorbedingung zur weiteren Entwicklung darstellt. Wie soll man das aber umsetzen? Beispielsweise, indem man Teammitglie-

der einer Abteilung, oder auch von verschiedenen Abteilungen oder sogar von verschiedenen Standorten, in Arbeitsgruppen zusammenbringt, sodass sie gemeinsam ihre Arbeit, ihre Visionen über die Entwicklung der Pflegepraxis und relative Vorschläge zur Verbesserung ausarbeiten können. Diese Zusammenarbeit führt häufig zu einer enormen Kreativität und zu unerwarteten Resultaten. Wir haben in unserem Spital ein klinisch-pflegerisches Board eingeführt (bei dem allerdings noch nicht jede Abteilung mit-

der einen patienten- und personenorientierten Gesundheitsorganisation. Ein anerkennendes, unterstützendes und wertschätzendes Führungsverhalten hat enorm positive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden und damit auf die Patientinnen und Patienten. Darum geht es.

«Dies ist vielleicht die grösste Herausforderung für uns als Pflegekader: den Pflegenden zu ermöglichen, zu pflegen und in der Nähe der Patienten zu sein.»



Yvonne Willems-Cavalli, Pflegedirektorin, Ente Ospedaliero Cantonale Bellinzona

der einer Abteilung, oder auch von verschiedenen Abteilungen oder sogar von verschiedenen Standorten, in Arbeitsgruppen zusammenbringt, sodass sie gemeinsam ihre Arbeit, ihre Visionen über die Entwicklung der Pflegepraxis und relative Vorschläge zur Verbesserung ausarbeiten können. Diese Zusammenarbeit führt häufig zu einer enormen Kreativität und zu unerwarteten Resultaten. Wir haben in unserem Spital ein klinisch-pflegerisches Board eingeführt (bei dem allerdings noch nicht jede Abteilung mit-

der einen patienten- und personenorientierten Gesundheitsorganisation. Ein anerkennendes, unterstützendes und wertschätzendes Führungsverhalten hat enorm positive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden und damit auf die Patientinnen und Patienten. Darum geht es.

der einen patienten- und personenorientierten Gesundheitsorganisation. Ein anerkennendes, unterstützendes und wertschätzendes Führungsverhalten hat enorm positive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden und damit auf die Patientinnen und Patienten. Darum geht es.

*Dieser Text ist eine Zusammenfassung und beleuchtet den Hauptaspekt des Referates; verfasst von Christine Loriol, autorisiert von Yvonne Willems-Cavalli

Pflegefachleute bleiben in der Schweiz durchschnittlich 14 Jahre in ihrem Beruf. Wenn man diese Berufsdauer insgesamt um ein Jahr verlängern könnte, würde der Bedarf an Personal um 5 bis 10% abnehmen. Forscherin Maria Schubert und ihre Mitarbeitenden haben 2004 ausgerechnet, dass jede erfahrene Pflegefachperson, die aus dem Beruf aussteigt, zirka 40.000 Franken kostet. Eine neue amerikanische Studie hat den Wert der Pflege in Spitälern mit weniger oder mehr Personal und verschiedenen Arbeitsumgebungen verglichen. Das wichtigste Resultat war: Bei einer besseren Arbeitsumgebung sinkt die 30-tägige Mortalität der Patientinnen und Patienten, während die Kosten gleich bleiben, trotz Erhöhung des Personalbestandes. Meine Auslegung dieser Daten ist: Es braucht ein positives Arbeitsklima, ausreichende Ressourcen, effiziente Arbeitswege und vor allem eine an den Patientinnen und Patienten orientierte Organisation. Wobei die Beziehungen für die Patienten am wichtigsten sind.

che Praxis verändern. Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden sollten den Eckstein der professionellen Pflegepraxis darstellen, was auch Änderungen auf organisatorischer Ebene nach sich zog. Ich packte das Problem grundsätzlich an und arbeitete selber tageweise auf vielen Abteilungen aller Standorte. Wir haben uns ausserdem auf die Resultate der Patienten- und der Personalzufriedenheit gestützt und die damalige wirtschaftliche und politische Situation sowie die Entwicklung der Pflege national und international in Betracht gezogen. Auf dieser Basis entstand das Pflegekonzept für das gesamte EOC. Wir waren uns bewusst, dass es eine tiefgreifende Veränderung der gesamten Pflegekultur bedeutete und die Umsetzung Zeit brauchte, eine klare Vision, sehr viel Ausdauer und das aktive Mitmachen aller Pflegeleitenden und Pflegenden.

Vor zwei Jahren besuchte ich mit einigen Kolleginnen einen Kongress in den USA zum Thema «Relationship-based Care». Dabei wurde uns klar: Wir hatten zwar die Bezugspflege eingeführt, aber noch nicht die Beziehungspflege, die «Relationship-based Care». Der Kongress stellte uns die Frage: «What makes a Hospital great? Was zeichnet ein Spital aus?» Und die Antwort war: Es sind nicht die modernsten Patientenzimmer,

Tiefgreifende Veränderung der Pflegekultur

Als ich 2004 meine jetzige Stelle als Pflegedirektorin im Ente Ospedaliero Cantonale übernahm, begann ich, ein neues Pflegekonzept zu entwickeln. Ein neues Pflegemodell sollte die tägliche

*Dieser Text ist eine Zusammenfassung und beleuchtet den Hauptaspekt des Referates; verfasst von Christine Loriol, autorisiert von Yvonne Willems-Cavalli

Am Netz werken



Kongresse sind eine wichtige Plattform für Begegnung und Austausch, für das Knüpfen von Kontakten und Vertiefen von Gesprächen. An jedem zweitägigen Kongress findet ein grosses Netzwerkdinner statt. Auch beim Stehlunch und in den Workshops bietet sich genug Gelegenheit, jemanden anzusprechen oder angesprochen zu werden. Persönliche Kontakte sind bei aller

neuer Kommunikationstechnologie wertvoll und wichtig. In jeder Branche, in jeder Disziplin. Da sich MediCongress mit den Kongress-themen und -inhalten an wichtige Akteure im Gesundheitswesen richtet, finden Begegnungen eben auch über die Disziplinen hinaus statt. Das Ziel ist, Auseinandersetzung und Zusammenarbeit zu fördern und zu stärken.



Wir stellen vor: Peter Brandenberger

Er ist der Mann für alle technischen und gestalterischen Aufgaben bei MediCongress. Peter Brandenberger (58) betreut u.a. die Technik während der Kongresse, ist zur Stelle wenn auf- und abgebaut wird, löst jegliche Probleme, wenn sie auftauchen, fotografiert die Kongresse und macht das Referenten-Management. Daneben gestaltet er alle MediCongress-Publikationen, bewirtschaftet die Website, bespielt die Social-Media-Kanäle Facebook, Twitter, Youtube und Instagram, und die ganze EDV hat er grad auch noch in seinen Händen.

Aufgrund der vielfältigen Tätigkeiten für MediCongress wurde es notwendig, die gestalterischen, weborientierten und fotografischen Aufgaben in eine neue Unternehmung auszulagern. «Damit Anstehendes konzentrierter und klarer wahrgenommen werden und auch Fremdaufträge verarbeitet werden können», wie er sagt.

Ursprünglich war Peter Brandenberger eidg. dipl. Verkaufsleiter und später lizenzierter Structogram®-Trainer und Inhaber von «pbconsult.ch». Zu seiner Fotoagentur «Engadin-Pictures.ch» kommt jetzt neu noch «visuell.li» hinzu.

Privat cruist der Vater dreier Söhne gerne mit dem Motorrad über Pässe und fotografiert leidenschaftlich, was ihm vor die Linse kommt. Er mag seine Familie, insbesondere seine Frau Doris, mit der er seit 20 Jahren verheiratet ist, das Leben im Engadin und feine Weine. Und das kennen und schätzen ja auch unsere Kongressteilnehmenden - «viva!»

In Ihrem Auftrag? Gern.

MediCongress konzipiert und organisiert nicht nur die jährlichen acht eigenen Kongresse, sondern stellt ihr Know-how auch zur Verfügung.



Forum Gesundheitswirtschaft Basel, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Eigentlich war es so nicht vorgesehen, aber es gab immer wieder Anfragen von Fachverbänden. Und so hat sich MediCongress entschlossen, nicht nur die eigenen Kongresse zu veranstalten, sondern auch für andere die richtigen Fäden zu ziehen. Doris Brandenberger-Krauer: «Wir organisieren und planen Jahreskongresse von A bis Z, und unsere Auftraggeber können sich auf ihre Gäste konzentrieren. Wir sorgen für einen reibungslosen und

professionellen Ablauf.» Für die Ärzte und Therapeuten der Traditionellen Chinesischen Medizin ASA TCM stellt MediCongress 2016 bereits zum vierten Mal Professionalität und Personal zur Verfügung. Dieses Jahr am Jubiläumskongress. Bereits zum dritten Mal wirkt MediCongress für das Forum Gesundheitswirtschaft Basel im Hintergrund. Für die SGS Schweizerische Gesellschaft für Spinale Chirurgie wird ab 2016 der Jahreskongress organisiert

sowie das Sekretariat des Verbandes geführt. Und 2017 organisiert das Unternehmen einen Kongress für SASRO Scientific Association of Swiss Radiation Oncology.

Mit acht eigenen Kongressen und vier Veranstaltungen im Auftrag von anderen, ist die Erfahrung gross. Doris Brandenberger-Krauer: «Wir organisieren diese Kongresse mit Pflichtbewusstsein und Herzblut, als wären es unsere eigenen! Das heisst: Wir sind stets

besorgt, auch die finanzielle Seite zu optimieren, dabei aber nie an Qualität zu verlieren. Auch sind wir transparent. Unsere Kunden wissen, für wen und was sie wie viel Geld ausgeben. Wir haben keinerlei Provisionen von Drittlieferanten.» Und nicht zuletzt: «Wir sind ein kleines, sehr bewegliches und eingespieltes Team. Alle Ansprechpersonen sind also sehr verbunden mit dem jeweiligen Projekt.»



ASA-TCM Kongress, Verbände ASA & SBO

«Gesundheit!»

In der Literatur ist das Wünschen von «Gesundheit!» wenn jemand niest, erst seit der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts belegt. In früheren Zeiten lautete der Spruch «Gott helfe!» bzw. «Helf Gott!»

(Quelle: Wikipedia)

Unser Team freut sich auf Sie!

MediCongress-Veranstaltungen suchen den Blick über das Tägliche hinaus: Unsere Inhalte und Themen sind aktuell, hochstehend, praxisnah. Sie bieten ein stimmiges Gesamtpaket: Qualität kommt vor Quantität, und die Organisation lässt keine Wünsche offen. 2011 gegründet, ist MediCongress heute die gesundheitspolitische und -ökonomische Weiterbildungs- und Vernetzungsplatt-

form. Unterschiedliche Zielgruppen werden in den Reihen Medical, Executive und Public angesprochen: Sie bieten Fachwissen für Ärzte und Ärztinnen, für das Management und auch für die Öffentlichkeit. Alle Konzepte werden von Jahr zu Jahr weiterentwickelt und optimiert. Für einen starken Praxisbezug stehen die Allianzen mit Wissenschaftlern sowie den Referentinnen und Referenten.

Jedes Jahr finden acht Kongresse statt: das DRG-Forum Schweiz-Deutschland, das Zürcher Forum für Versorgungsforschung, das Management-Symposium, der Personalkongress im Gesundheitswesen, die Healthcare & Branding-Konferenz, die Belegartzakademie® und das Gesundheitsforum Graubünden.





MEDICONGRESS

Kongresse die wirken

Um-Zug nach Dübendorf

MediCongress GmbH

Auenstrasse 6

CH-8600 Dübendorf

T +41 (0)44 210 04 24

F +41 (0)43 556 85 57

info@medicongress.ch

www.medicongress.ch

Sie finden uns auch auf

