

Qualität im Gesundheitswesen

Wie werden Schnittstellen zu Nahtstellen im Gesundheitswesen?

allianz q Seminar 2023 Stoos XXIII



Die allianz q ist ein Zusammenschluss von Akteuren aus dem Gesundheitswesen: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), Hirslanden, Interpharma, Merck Sharp & Dohme (MSD) und Privatpersonen.

Die allianz q stellt Patientinnen und Patienten ins Zentrum und thematisiert Qualität – vor allem die Qualität der Versorgung – in allen Facetten. Die allianz q weist auf Probleme hin, fragt nach Daten und zeigt auf, was epidemiologische und volkswirtschaftliche Bedeutung hat: Krebserkrankungen, Depressionen, Diabetes, Osteoporose, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD. Die allianz q fordert die richtigen Anreize, sucht Vorbilder und involviert Experten, welche Lösungen definieren.

Die allianz q existiert seit Januar 2010. Im Juni 2021 haben die Initianten neu den Verein Allianz q gegründet, der Organisationen und Privatpersonen zusammenführt, die sich der «Qualität vor Kosten im Gesundheitswesen» verpflichten.

Besuchen Sie die Webseite der allianz q unter www.allianzq.ch für mehr Informationen, das gemeinsame Manifest und diese Broschüre zum Download.

Inhalt

Wie werden Schnittstellen zu Nahtstellen	5
Der juristische Hintergrund zur Gesetzgebung – die Systemfrage	5
Zulassungsrecht für Ärzte - Chaos in den Kantonen	8
Startups weisen den Weg in die Digitalisierung	10
Koordinierte Versorgung – quo vadis? Eine Betrachtung aus drei Perspektiven	14
Podiumsdiskussion: Wie werden nun Schnittstellen zu Nahtstellen?	17
Allianz q-Innovationspreis Hansueli Blunier für das Medizentrum Schüpfen	20
XXIII. Tagung der allianz q auf dem Stoos - das Fazit	22



Wie werden Schnittstellen zu Nahtstellen?

Das Thema der 13. allianz q-Tagung war metaphorisch formuliert, denn bei beiden Begriffen geht es um Überlappungen. Im Gesundheitswesen jedoch reichen Überlappungen nicht aus. Erst die Naht macht die Teile zu einem Ganzen. Nahtstellen sind demnach Strukturen, mit denen eine koordinierte Versorgung für die Patienten wirklich funktioniert.

Präsidentin Dr. rer. pol. Tania Weng, umschrieb die Metaebene so: «Wir beleuchten hier die Fragen, wie man die Brüche unseres Gesundheitssystems beheben kann, wer das überhaupt kann und welche neuen Modalitäten es dazu braucht».

Die Lage im Schweizer Gesundheitswesen ist angespannt, haben doch verschiedene neue und manche angedachten Rahmenbedingungen auf Ebene KVG (Zulassungssteuerung, die Idee der 'Netzwerke der integrierten Versorgung' als neue Leistungserbringer) Fragen und Unruhe aufgeworfen. Die Tagung schlug den Bogen von der Politik und Gesetzgebung über Innovationen aus der Wirtschaft hin zu den «Playern»: den Patientinnen und Patienten, den Leistungserbringern und den Versicherern.

Der juristische Hintergrund zur Gesetzgebung – die Systemfrage

Welche gesetzlichen Rahmenbedingungen sind auf nationaler Ebene hilfreich zur Förderung der integrierten Versorgung und welche eben gerade nicht? Dr. med. Christoph Bosshard, Vorstandsmitglied von allianz q und Vizepräsident der FMH, fragte: «Kann mit einem Versicherungsgesetz (KVG) die Versorgung gesteuert werden?» Zur Einordnung war Prof. Dr. iur. Ueli Kieser von der Universität St. Gallen eingeladen.

Kieser blickte zunächst auf das bundesrätliche Massnahmenpaket 2 zur Kostendämpfung zurück. Mit sieben Gesetzesmassnahmen sollten die Kosten gebremst werden. «Der Bundesrat hat da bereits eingeräumt, dass er die finanziellen



Auswirkungen seiner Vorschläge nicht richtig quantifizieren kann», sagte Kieser. Als Beispiel ging er auf den zentralen Vorschlag ein, Netzwerke als neue Leistungserbringer zu installieren. Diese sollten bestimmte, vom Bund vorgegebene Mindestanforderungen erfüllen und unter einem kantonalen Leistungsauftrag auch die Koordination mit weiteren Leistungserbringern sicherstellen. Dazu müssten sie mit den Versicherern einzelne Tarifverträge aushandeln. «Ein überaus komplexes Vorhaben» befand der Jurist.

Es sei nicht verwunderlich, dass die Vorlage der Netzwerke auf Widerstand stiess und im April 2023 bei der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit im Nationalrat (SGK-N) durchfiel. «Das Paket war in seiner Zielrichtung wenig fassbar und wirkte zuweilen etwas zufällig», urteilte Kieser.

Es sei generell zu klären, fand Ueli Kieser, was man eigentlich wolle: Integrierte Versorgung oder etwas anderes? Will man die Krankenversicherung als Versicherungssystem nach Art. 117 der Bundesverfassung beibehalten? Oder soll es ein staatlich gesteuertes Vorsorgesystem nach internationalem Vorbild geben?

Der Experte erläuterte, wie man ein Versicherungssystem überhaupt «steuern» könne. Man könne ansetzen bei:

- der Risikoumschreibung
- den Leistungen
- den Leistungserbringern
- der Inanspruchnahme der Leistungen

Die ersten drei Wege seien bekanntermassen schwierig umzusetzen. Auch ein Eingriff in die Inanspruchnahme, so Kieser, wäre eine äusserst schwierige Aufgabe. Denn jedes Versicherungssystem

«Welches System wollen wir eigentlich?»

müsse die Leistungsansprüche gewährleisten. Ansätze wären etwa Bonus/Malus-Systeme, Gate-Keeper-Modelle

oder Selbstbehalte. Es brauche aber verlässliche Daten, um hierzu die Kriterien festzulegen. „Wir wissen zum Beispiel noch immer nicht, wie sich die Franchisen tatsächlich auf das System auswir-

ken.» Hier sei die Forschung gefordert, bessere Daten zur Verfügung zu stellen.

Auch mit Blick auf das bundesrätliche Massnahmenpaket folgerte Ueli Kieser: «Es ist an der Zeit, dass wir nicht immer neue Regelungen suchen, sondern die Grundsatzfrage klären: Welches System wollen wir eigentlich?»

Zulassungsrecht für Ärzte – Chaos in den Kantonen

Anschliessend verortete Christoph Bosshard, Vizepräsident FMH, aktuell «eine relevante Versorgungsgefahr – bedingt durch den Fachkräftemangel und durch die neuen Regulierungsvorgaben». Ausgangslage sind einerseits die Beschränkungen der Anzahl Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich und andererseits die neuen Zulassungskriterien für diese Berufsgruppe.

Bosshard erachtet sowohl die Höchstzahlen als auch die selektive Umsetzung der Zulassungskriterien als problematisch. Neben fachlichen Qualifikationen und Sprachkompetenz wird ein Minimum von drei Jahren an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte vorgeschrieben. Letztere Beschränkung sei, wenn auch im Prinzip qualitätsfördernd, in Bezug auf die Umsetzbarkeit schwierig und entspreche nicht der heutigen Versorgungsrealität, wie Bosshard durch Zahlen veranschaulichte.

Nach heftigen Protesten seitens der Kantone wurde dann auch im März 2023 eine Ausnahmeregelung zur 3-Jahres-Frist beschlossen. Die Regelung gilt nur für einzelne Fachgebiete, was entgegen der Empfehlung der FMH den Handlungsspielraum der Kantone einengt. Die Kantone müssen zudem zuerst eine Unterversorgung nachweisen. Dies sei bemerkenswert, weil die Kantone gemäss Verfassung verpflichtet sind, eine genügende Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Auch bei den Höchstzahlen wurden die mehrmaligen Rückmeldungen der FMH vom EDI nicht aufgenommen. Die Verordnung beruhe auf einer nicht belastbaren Annahme zur Datenlage, so



Dr. med. Christoph Bosshard

Bosshard. Die Kantone müssten ihre jeweiligen Höchstzahlen nach einer vom Bund vorgegebenen Formel berechnen, die Versorgungsgrade beruhen auf der Annahme, dass die aktuell durchschnittliche Versorgung in der Schweiz, in Kopfzahlen gerechnet,

«Bemerkenswert ist, dass die Kantone erst eine Unterversorgung nachweisen müssen, obwohl sie gemäss Verfassung verpflichtet sind, eine genügende Versorgung sicherzustellen.»

erstens korrekt sei und zweitens auch dem zukünftigen Bedarf entspreche. «Eine höchst gewagte Prämisse, die zu fragwürdigen Resultaten führt», kritisierte Bosshard.

Die Kantone gehen mit der neuen Situation unterschiedlich um. Einige haben ihre Gesetzgebung bereits angepasst, andere nutzen die Übergangsfrist bis 2025. Das Resultat ist ein verwirrendes Bild, mit einer grossen Herausforderung gerade in kantonsübergreifenden Versorgungsregionen. «Wenn man reguliert, muss man die Folgen durchdenken». Für die Politik sollte laut Bosshard der gleiche Grundsatz wie im hippokratischen Eid gelten: <Primum nihil

nocere>, was so viel bedeutet wie <zuerst einmal nicht schaden>. In der Diskussion wurde deutlich, dass es eine eindeutige Definition der Begriffe Unter-/Übersorgung gar nicht gebe. Dr. med. Angelo Barrile, Arzt und Nationalrat, erinnerte daran, dass die 3-Jahre-Frist einst von der Ärzteschaft vorgeschlagen wurde, als der Gesetzgeber von ihnen Zulassungskriterien forderte. Die Politik hätte die Entwicklung falsch eingeschätzt und Bosshard pflichtete bei: «Der Fachkräftemangel hat auch uns überrollt.»

Start-ups weisen den Weg in die Digitalisierung

Nach den Inputs auf Metaebene (Systemfrage bzw. Zulassungsbedingungen) wandte die Tagung ihren Blick in die Zukunft. Vielleicht war es Zufall, dass die Bundespolitik gerade in jenen Tagen Ende Juni mit der Verpflichtungsabsicht einen weiteren Schritt zum EPD (elektronisches Patientendossier) machte. Fakt ist: Die Kernfrage ist längst nicht mehr «ob und wie», sondern «was» mit den Daten geschieht. Der moderne Mensch ist digital sozialisiert und wird sein Verhalten früher oder später im Gesundheitswesen abgebildet sehen wollen: sprich anwenden.

Die Kernfrage ist längst nicht mehr «ob und wie», sondern «was» mit den Daten geschieht.

Vorgestellt wurden von den jeweiligen CEOs Mario Bernasconi (Well) und Peter Mittemeier (Compassana) zwei digitale Plattformen, wie wir sie

aus vielen Bereichen der Wirtschaft kennen.

Daten sind dabei der Schlüssel, wie beim biologischen Ökosystem der Sauerstoff: Doch erst die vielseitige, strukturierte Nutzung aller erfassten Daten (Datenliquidität) lässt einen Kreislauf entstehen. Dies im Gegensatz zum EPD, das im Prinzip nur ein PDF-Ablagesystem darstellt.

Compassana lässt als interaktive Plattform alle Gesundheits-Akteure untereinander und mit den Patienten kooperieren. Die digitale Plattform «Well» navigiert mit seiner App Patientinnen und Patienten optimal durch das Gesundheitssystem.



Mario Bernasconi (links) und Peter Mittemeier (rechts) im offenen Austausch

Beide Modelle haben nicht nur technisch viel gemeinsam, etwa den Plattform-Gedanken und das «Daten zuerst»-System, mit dem Kundenbedürfnisse erkannt und auf dieser Grundlage Angebote entwickelt werden sollen. Beide beanspruchen auch einen hohen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten und die agierenden Partner im Kreislauf. Im Zentrum stehe die Vernetzung für eine integrierte Gesundheitsversorgung. Konkret geht es um Dienstleistungen wie etwa Gesundheitsmonitoring, Symptom-Checker, Triage, Beratung, Terminplanung, Arztbesuch, Transport oder Datenaustausch zwischen Arzt und Patient. Doch auch Prävention, Abrechnung und Weiterbildung sind Themen.

Digitale Ökosysteme sind heute überall. Ein biologisches Ökosystem, ein Wald oder ein See, ist eine Lebensgemeinschaft von Organismen, Arten und der Umwelt, in der alle aufeinander angewiesen sind. Jeder Teil hat eine Funktion, die das ganze System am Leben hält. Kippen eine oder mehrere Komponenten, entsteht eine Schiefelage, die zum Kollaps führen kann. Ein digitales Öko-

system ist ein sozio-technisches System, in dem Unternehmen und Menschen kooperieren und einen gegenseitigen Nutzen anstreben. Ein erfolgreiches Ökosystem will als Ganzes mehr Wert

«Ein erfolgreiches Ökosystem will als Ganzes mehr Wert schaffen als jeder Teil für sich alleine.»

schaffen als jeder Teil für sich. Im Zentrum steht die vermittelnde Plattform, auf der alle Partner (Leistungserbringer, Versicherer usw.) sowie die

Patienten und Sozialsysteme zusammenarbeiten können.

Peter Mittemeier, ehemaliger SAP-Business Development Manager und CEO von Bluespace Ventures, dem Betreiber von Compassana, erklärte sein Modell so: «Man baut diese Plattform nicht, weil man es kann, sondern weil sie immer Bedürfnisse adressiert. Sie stellt sicher, dass jeder Leistungserbringer oder Versicherter die differenzierten Daten zur Verfügung hat, die er gerade braucht.» Das Netzwerk trage auch dazu bei, die Ineffizienzen der Anbieter zu reduzieren, so Mittemeier. Derzeit sind 35 - 50% der Schweizer Gesundheitsdienstleister und 40% der Krankenversicherten registriert.

Mario Bernasconi, CEO von Well, kommt aus der Versicherungsbranche. Hauptinvestoren von Well sind Versicherer, die sich von Well Einsparungen der Leistungskosten versprechen. Ausserdem erwarte man eine Datenlage für die strategische Nutzung. Bernasconi betonte, wie wichtig die Grösse einer solchen Plattform sei. «Erst mit einer gewissen Anzahl User beginnt die Skalierbarkeit.» Er hebt auch den Nutzen für die Patientinnen und Patienten hervor. «Wir sehen nun Effekte beispielsweise beim Empowerment der Patientinnen und Patienten, auch durch unser qualifiziertes Informationsangebot», sagte er.

In der Diskussion ging es erwartungsgemäss um Fragen nach Datenschutz, ob denn am Ende weniger Leistungen für die Patientinnen und Patienten herauskommen würden, welchen Stellenwert die Qualität in der Digitalisierung habe, aber auch, dass man mit Misstrauen nicht weiterkomme. Es brauche mehr Vertrauen, dass Daten zum Vorteil der Patientinnen und Patienten genutzt werden. Die Referenten betonten: Die Patientinnen und Patienten

entscheiden, ob sie ihre Daten freigeben wollen. Die Plattformen würden Daten nicht speichern, sondern den Zugang vermitteln und weiterleiten. Weil das Datenthema so heikel sei, brauche es jedoch eine konkrete Kompetenzstrategie für die Nutzer, hiess es aus dem Publikum.

Ein anderes Fazit der Präsentationen stand mehr zwischen den Zeilen und war auch in Gesprächen am Rande zu hören: Jetzt ist die Zeit für die digitale Transformation. Grosse Player wie Amazon («Care») oder Microsoft sind in den USA längst dabei, ihre Ökosysteme auf das Gesundheitswesen auszubauen. Die Akteure in der Schweiz müssen jetzt ihre Strategie festlegen. Eigenes System aufbauen oder die Rolle des Partners einnehmen? Wer jetzt mitmacht, hat einen «First-Mover-Vorteil» für die Position im System der Zukunft.

«Es braucht auch eine konkrete digitale Kompetenzstrategie für die Nutzer.»



Koordinierte Versorgung – quo vadis? Eine Betrachtung aus drei Perspektiven

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten

Als Input für diese Gruppe stellte Moderator Dr. med. Jörg Spieldenner, Direktor der Lungenliga Schweiz, die integrierte Beratung der Lungenliga nach dem biologischen, psychosozialen und sozio-ökonomischen Modell vor, in dessen Fokus die optimale Lebensqualität der Betroffenen steht.

Die Diskussion verdeutlichte, dass man heute für eine koordinierte Versorgung die Prävention sowie die Kooperation von Gesundheits- und Sozialwesen als zentral betrachtet. Beide Systeme funktionieren zwar gut. Doch für sozial geschwächte Bevölkerungsgruppen wie Alte, Migranten, Alleinerziehende usw. bestehe ein erhöhtes Risiko, sozial isoliert und zu wenig unterstützt zu werden. Die Gefahr, chronisch zu erkranken und frühzeitig zu sterben, steigt. Soziale Unterstützung hat hier einen besonders hohen Einfluss auf die Lebenserwartung.

Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, das Vorhan-



Dr. med. Jörg Spieldenner

densein eines Case-Managements, Verfügbarkeit von Informationen und Prozesskenntnisse wurden als Schlüsselfaktoren für Gesundheit identifiziert.

Die Perspektive der Leistungserbringer

Aus der Gruppe der Leistungserbringer berichtete Dr. med. Philippe Luchsinger, Präsident Hausärzte Schweiz. Ausgangslage der Gruppendiskussion war die Ablehnung der Parlamentarischen Kommission SGK-N, Netzwerke für koordinierte Versorgung als neue Leistungserbringer zu etablieren. Es sollen stattdessen neue Möglichkeiten geschaffen werden:

- Versicherer sollen neu Versicherte anschreiben und Mehrjahresverträge anbieten dürfen.
- Die Implementierung von Innovationen und neuen Pilotprojekten der integrierten Versorgung sollten gefördert werden. Heute sind sie sehr schwierig zu realisieren, da Fachkräfte unter Zeitmangel leiden und Patientinnen/Patienten somit nur schwer rekrutiert werden können. Forderung: Jede Koordinierung, auch in der Pilotphase, muss vergütet werden.
- Immer häufiger landeten Bagatellen direkt beim Spezialisten, dies führe zu Verunsicherung in der Ärzteschaft: Gibt es überhaupt noch Handlungsräume in der Grundversorgung? Daraus resultiere noch mehr Fragmentierung: <Der Spezialist organisiert, der Hausarzt dokumentiert>.
- Auch der Experimentierartikel müsse vereinfacht werden: Experimente sollten niederschwellig möglich sein. Aber hierzu ist der Artikel zu kompliziert aufgebaut.
- Das EPD zur Digitalisierung der Schnittstellen dauert zu lange und ist nicht die Lösung für den Datenaustausch, den die Leistungserbringer brauchen.

Ein Fazit lautete: Wir könnten bereits jetzt die Koordinierte Versorgung anders aufstellen, indem wir sie in AVMs (alternative Versicherungsmodelle) integrieren. Und zuletzt: Nicht jeder Patient braucht (ständig) eine koordinierte Versorgung; Patienten in einer komplexen Situation hingegen schon.



Christian Frei

Die Perspektive der Versicherungen

Die Gruppe rund um die Versicherer behandelten in ihrem Workshop mögliche Deregulierungsanreize. Christian Frei, Leiter Integrierte Versorgung bei SWICA, fasste die Diskussion über die Anreize für seine Branche wie folgt zusammen: Wir brauchen gar

nicht allzu viel zu ändern: «Wir haben bereits gute Möglichkeiten zur Koordination, in dem wir etwa Prämienrabatte für AVM ermöglichen. Wir brauchen aber eine flexible

«Wir brauchen eine flexible Abgeltung für Koordinationsleistungen.»

Abgeltung für Koordinationsleistungen», so Frei.

Leider schliesst zudem das aktuelle EPDG die Versicherer von der Datennutzung aus. Dabei habe man einen Riesen-Datenschatz als Grundlage für sinnvolle Steuerungsmassnahmen. Digitalisierung: technisch gut möglich. Das Problem liegt in der Erfassung der Daten. «Wir brauchen dringend einen Wechsel zu Standards zur Erfassung struktureller Daten.»

Podiumsdiskussion: Wie werden nun Schnittstellen zu Nahtstellen?

In der Diskussion der Experten, moderiert durch Dr. iur. Carlo Conti, Advokat, ging es um die Themen Prävention, Versicherungsmodelle, Kosten und die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. Doch zunächst fragte Carlo Conti in die Runde: «Was wünscht ihr euch, damit Schnittstellen zu Nahtstellen werden?»

Verena Nold, Direktorin santésuisse (Versicherer), nannte ein Modell mit Patienten-Risikoklassen und einer Kopfpauschale pro registriertem Patienten. «Damit versorgt man die Patientinnen und Patienten optimal. Für die Leistungserbringer gibt es bei zusätzlichem, nachweisbarem und messbarem Qualitätsausweis eine weitere Vergütung.»

Dr. med. Philippe Luchsinger, Präsident Hausärzte Schweiz, wünschte sich eine digitale Austausch-Plattform für alle Behandler, mit geregelterm Zugang und Modalitäten, wer dort wie agiere. Diese Plattform müsse hybrid sein, also auch Austausch ermöglichen: «Die beste Zusammenarbeit gibt es dann, wenn wir uns gegenseitig kennen.»

Angelo Barrile fand, die Politik müsse kommunikationsfähiger und in ihrer Wahrnehmung ganzheitlicher werden. Meinungen müssten gleichberechtigt gehört werden. «Wenn Information besser vernetzt wird, entstehen Nahtstellen.» Ausserdem will er ein Gesundheitsgesetz, das mehr Gewicht auf Prävention legt.

Das Stichwort «Prävention» stiess auf grosses Interesse, auch das Publikum meldete sich zu Wort. Der Tenor: Es fehle eine nationale, strukturierte und zielorientierte Strategie für Prävention. Nold: «Hier und dort wird Prävention gemacht, aber nicht im Ganzen.» Luchsinger stellte fest: «Für mehr Prävention gäbe es durchaus Möglichkeiten für Anpassungen am KVG.» Barrile forderte: «Versicherer müssen Gelegenheit zum Handeln erhalten, bevor jemand krank wird.»

Beim Thema Kosten/Finanzierung warf Conti die Frage auf, ob die Schnittstellen nicht darauf fokussieren müssten, dass 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Kosten verursachen.



Dr. jur. Carlo Conti, Advokat (Moderation), Verena Nold, Direktorin santésuisse (Versicherer), National

Diese 20 Prozent multimorbide Patientinnen und Patienten, gehörten in spezielle Managed-Care-Modelle mit enger Betreuung, fand Verena Nold. Anreize seien Prämienrabatte und eine höhere Qualität. Damit der Wechsel in ein solches Modell den Versicherten nicht zu schwer falle, müssten solche Modelle aber viel früher angeboten werden. Die Schwierigkeit sei es, die Menschen zu bewegen, ihren Hausarzt zu wechseln. Deshalb brauche es grössere Netzwerke mit mehr Ärztinnen und Ärzten.

Vielleicht, warf Barrile ein, hätten die Versicherer hier ein Imageproblem. Die Krankenkasse werde oft nicht so wahrgenommen, als hätte sie ein Interesse daran, dass man nicht krank werde. «Und jetzt wird jemand chronisch krank und die Kasse bietet ein Spezialmodell an – das macht die Menschen eher skeptisch.»

Die Diskussion um Nahtstellen ging am Ende in Richtung



Dr. med. Angelo Barrile (Politik) und Dr. med. Philippe Luchsinger (Hausärzte), v.l.n.r.

Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Tania Weng sagte, als Patientin frage sie sich immer häufiger: «Hört man mir wirklich zu?» Zudem beobachte sie, dass die Ärzteschaft in letzter Zeit immer diagnoseorientierter arbeite. Philippe Luchsinger stimmte dem zu und befand, das sei auch Ausdruck der Unsicherheit der jungen Ärzte und Ärztinnen: «Wir müssen ihnen in der Ausbildung besser aufzeigen, dass die Anamnese immer noch über die Hälfte der Diagnose ausmacht.»

Angelo Barrile, selbst Hausarzt, verwies auf den grossen Zeitdruck im Konsultationsprozess: Auftragsklärung, Eingehen auf unterschwellige Anliegen wie Angst und Sorgen, sowie Evidenzbasierte Medizin: «Wenn etwa die Versicherung nachfragt, muss ich Belege haben.»

Allianz q-Innovationspreis Hansueli Blunier für das Medizentrum Schüpfen

Die Allianz q vergibt regelmässig einen Innovationspreis an herausragende, zukunftsweisende Leistungen im Gesundheitswesen, gehört doch die «Innovation für Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten» zu ihren Kernzielen.

Den Preis 2023 erhielt der Berner Arzt Dr. med. Hansulrich Blunier für «die Entwicklung und Implementierung des interprofessionellen Versorgungsmodells, dem Medizentrum Schüpfen.» Blunier hat damit die klassische Hausarztpraxis zu einem modernen Medizentrum weiterentwickelt.

Christoph Bosshard kennt ihn seit seiner Assistenzzeit. In seiner Laudatio sagte er: «Was du mit dem Medizentrum geleistet hast, dieser spontane, unkomplizierte und liberale Ansatz, der nicht über Probleme jammert, sondern Chancen nutzt – nach dem Motto <besser eine Kerze anzünden, als über die Dunkelheit schimpfen>: Du bist einer, der das Licht anzündet!»

Hansulrich Blunier zog in seiner Präsentation den Faden seit seinen Erfahrungen als junger Hausarzt in der Einzelpraxis, der mit der Gemeindeschwester zusammenarbeitete. Eine niederschwellige, sehr effiziente Form der integrierten Versorgung. Mit dem Wachstum kam der Wandel, es kam die Spitex, es kam die APN – es kam ein «Kompetenz-Shift». Die Interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichte dem Hausarzt, sich auf seine Kernkompetenzen Diagnostik und Therapie zu fokussieren. Es folgte eine Phase starker Fragmentierung, wie Blunier sagte.

Er beschrieb die Struktur und die Abläufe einer grossen Gruppenpraxis und zeigte das Organigramm der Medizentren in den verschiedenen Standorten im Berner Oberland, Seeland/Mittelland und Solothurn,

«Ohne Datenfluss funktioniert das Modell nicht.»

sowie das Notfallzentrum in Lyss (walkin-Lyss). Dabei verwies er auf Wichtigkeit der Digitalisierung. «Ohne Datenfluss funktioniert das Modell nicht.» Ausserdem brauche es eine solides Back-office. Besonders wichtig für dieses Praxismodell mit insgesamt 48 Hausärztinnen und -ärzten, 20 Konsiliar-Fachärztinnen und -ärzten und acht Assistenzärztinnen und



Dr. med. Hansueli Blunier (Mitte) mit Dr. med. Christoph Bosshard und Dr. Tania Weng

Assistenzärzten ist die «Prakt. Akademie», ein Weiterbildungsnetz für junge Ärztinnen und Ärzte.

In einem Ausblick fragte Blunier, ob ein solches patientennahes Versorgungsmodell überlebensfähig sei. «Ich bin mir da nicht so sicher», sagte er mit Blick auf den Trend zu noch mehr Fragmentierung oder der mangelnden Kooperation der Fachgesellschaften. Hoffnung

«Wer heute nichts tut, lebt morgen wie gestern.»

setzt er in das neue, kompetenzbasierte

ärztliche Weiterbildungsmodell EPA (Entwicklung der klinischen Kernkompetenzen) und in die dringend nötige Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung. Letztlich fordert er: «Dringend weg von alten Tarifstrukturen!»

Der Hausarzt, so schloss Blunier, müsse seine Patientinnen und Patienten kennen, deren Lebensentwurf und Erwartungen immer gut im Blick haben. Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gruppen-Hausarztmodell brauche die Vision von der patientennahen Versorgung und müsse ständig weiterentwickelt werden.

«Wer heute nichts tut, lebt morgen wie gestern.»

XXIII. Tagung der allianz q auf dem StooS – das Fazit

Inputs, Präsentationen und Diskussion um die angestrebten Nahtstellen machten es deutlich: Die Lösung scheint im Detail, in der Feinabstimmung zu liegen. Den grossen Wurf oder die «gordische» Lösung des Knotens gibt es in der Praxis nicht.

Die Komplexität der Materie überfordert den Regulator. Ja, wir brauchen eine grosse Gesundheitsreform – nein, die ist offenbar nicht zu schaffen. Der Hintergrund: Es gibt einerseits auf nationaler Ebene ein verfassungsgemäss verbrieftes Anrecht auf sämtliche Leistungen des Gesundheitssystems für alle. Andererseits liegt die Gesundheitsversorgung in der Verantwortung und Kompetenz der Kantone. Hier gibt es rechtlich nur wenig Spielraum, zu steuern und Kosten einzudämmen.

Also wird versucht, hybride Elemente einzuschleusen (z. B. die Steuerung der Leistungserbringenden, Einflussnahme auf die Inanspruchnahme bis hin zu globalbudgetartigen Elementen wie Kostenzielen).

Die Debatte macht klar: Die Kostenperspektive alleine ist ungenügend. Auch der Nutzen des Gesundheitswesens aus gesamtwirtschaftlicher Perspektive sollte in die Diskussion einfließen!

Es gilt zudem, Gesundheits-, Sozial- und Finanzpolitik klar auseinander zu halten. Beispiele: Wenn die Kosten für Prämienverbilgungen vom Sozialbudget zum Gesundheitsbudget transferiert werden, wenn Taggeldkosten und Renten aufgrund mangelhafter Reintegration ins Arbeitsleben ansteigen. Die Verzahnung lässt sich nicht auflösen, muss aber aufgedeckt und in die Nutzendiskussion integriert werden! Schnittstellen bleiben Bruchstellen, solange wir nicht stärker versuchen, die integrierte Versorgung zu verbessern. Es fehlen uns noch wichtige Grundlagen zum «Ermöglichen – Enabling», also Anreize verschiedener Natur für Leistungserbringer, Versicherer und Patienten.

Impressum:
Herausgegeben von der allianz q
www.allianzq.ch

Redaktionsteam:
Johannes Kornacher, Christoph Bosshard, Markus Ziegler,
Ute Kamlah, Tania Weng-Bornholt
Bilder: Interpharma
© allianz q, 2023

