

Interview mit Andreas Tobler, Ärztlicher Direktor des Inselspitals Bern

Traditionelle Grenzen überschreiten

Die Spitäler sehen sich mit anspruchsvollen Aufgaben konfrontiert. Dazu zählen DRG, der Ersatz alter Gebäude und der zunehmende Personalmangel. Um innovativen Lösungen Platz zu machen und erfolgversprechende Konzepte umzusetzen, muss man alte Strukturen verlassen und mit Traditionen brechen. Davon ist Andreas Tobler, der Ärztliche Direktor des Inselspitals Bern, überzeugt. Teambildung, Führungsschulung und Kommunikation sind für ihn von zentraler Bedeutung. Immer mit dem Ziel vor Augen, die Spitzenposition des Inselspitals zu bewahren.

Care Management: Das Inselspital beschränkt sich nicht nur auf die Patientenbetreuung, sondern betreibt auch aktiv Forschung und Lehre. Sollte sich das Spital, im Hinblick auf die immer komplexer werdenden Abläufe in der Diagnostik und Therapie, nicht ausschliesslich auf die Patientenbetreuung fokussieren?

Andreas Tobler: Eine berechtigte Frage. Man kann einerseits natürlich nur die Risiken mehrerer Kernaufgaben sehen. Dazu gehören sicherlich die Gefahr einer Zersplitterung der Kräfte und die Schwierigkeit, die Kontrolle über die verschiedenen Aufgaben zu behalten.

Ich schätze diese Positionierung hingegen als Riesenchance ein. Denn dank der Diversität können wir uns von der Konkurrenz abheben und unser «service publique» wird auch von der Bevölkerung positiv wahrgenommen.

Zudem ist und bleibt ein Universitätsspital auch für viele junge Leute, die eine hohe Ausbildung anstreben, eine Attraktion. Das wiederum macht den Standort für spitalnahe Unternehmen wie beispielsweise die Medtech Industrie interessant.

Last but not least sehe ich in der Kombination von Patientenbetreuung und Forschung die beste Möglichkeit zu verhindern, dass die Forscher im Elfenbeinturm verschwinden. Ein gutes Beispiel dafür sind die sogenannten Kuppelproduktionen, in denen Medizinerinnen und Mediziner gleichzeitig Patienten betreuen und forschen.

Können Sie den Begriff «Kuppelproduktion» noch etwas erläutern?

Ich mache Ihnen ein Beispiel: Ein Oberarzt auf der Onkologie betreut täglich Leukämiepatienten. Gleichzeitig ist er aber auch in der molekularen Leukämieforschung tätig. Dies ermöglicht ihm, anhand von Patientenproben einem klar definierten Forschungsziel nachzugehen. Die daraus gewonnen Erkenntnisse lässt er dann später wieder am Krankenbett einfließen. Es

entsteht also ein steter Austausch von Ideen und Innovationen zwischen Klinik und Forschung. Zudem bin ich überzeugt, dass jemand, der in beiden Gebieten tätig ist, als Kliniker stringenter arbeitet.

Welche Faktoren sind entscheidend, damit ein Universitätsspital auch in Zukunft noch Spitzenleistungen erbringen kann?

Zuerst ist es wichtig zu sehen wie Spitzenleistungen überhaupt zustande kommen. Ein zentraler Erfolgsfaktor ist, dass es uns gelingen muss, über die Disziplinen hinweg «High-performance-Teams» zu bilden. Diesen Prozess versuchen wir aktiv zu fördern, indem wir die Strukturen durchlässig machen. Nur so können sich Spitzenteams überhaupt bilden. Ich mache Ihnen dazu zwei Beispiele. Am Inselspital haben sich einerseits die Herzchirurgie, die Kardiologie und die Angiologie zu einem Departement zusammengeschlossen, welches auch gegen aussen als Kompetenzzentrum auftritt. Dies führte zu einer Teambildung, die früher unmöglich gewesen wäre. Ein weiteres Beispiel ist unser Neurobereich. Insbesondere, was Schlaganfälle angeht, gibt es eine departementübergreifende Zusammenarbeit zwischen Neuroradiologie, Neurologie und Neurochirurgie. Auch hier haben sich Spitzenkräfte zu Teams geformt und erbringen entsprechend Höchstleistungen. Genau solche Teambildungen sind für mich die Basis unseres Erfolgs.

Das Ausbrechen aus traditionellen Strukturen als Schlüssel zum Erfolg also?

Davon bin ich fest überzeugt. Natürlich haben die traditionellen Klinikstrukturen auch ihre Vorteile. So identifizieren sich darin die Mitarbeiter stark mit ihrer Einheit, was wiederum die Leistungsbereitschaft fördert. Bei uns haben sich aber nun auch drei ehemals separate Kliniken erfolgreich zusammengeschlossen. So funktionieren heute die Hepatologie, die viszerale Chirurgie und die Gastroenterologie als eine Klinikeinheit. Dadurch kann die Patientenbetreuung in diesem Bereich nachhaltig optimiert werden.

Bis anhin waren in den Köpfen Chirurgie und Medizin zwei getrennte Fächer. Nun schliessen sich diese in vielen Bereichen erfolgreich zusammen. Als Schlagwort möchte ich hier «One-face-to-the-Customer» erwähnen.



Andreas Tobler

Wenn wir einen Blick auf die Landschaft der Schweizer Universitätsspitäler werfen, wo würden Sie das Inselspital positionieren?

In völliger Bescheidenheit, an der Spitze.

Welche Massnahmen und Konzepte waren dafür ausschlaggebend?

Da gibt es ganz verschiedene Faktoren. Wie erwähnt, waren wir einerseits dazu bereit, über traditionelle Grenzen hinaus neue Strukturen zu bilden. Andererseits haben wir unsere Führungsausbildung spezifisch auf die neuen Ziele ausgerichtet. So bieten wir für die Führungskräfte der verschiedenen Disziplinen und Professionen Ausbildungen an. Dazu gehören unter anderem Nachdiplomkurse in Management und Führung. An diesen Kursen treffen sich vor allem das mittlere Kader und die Chefärzte. Diese Anlässe erlauben es, mit den Teilnehmenden die Philosophie des Inselspitals zu diskutieren und weiterzuentwickeln.

Wo holen Sie sich die Inspiration für die verschiedenen Projekte und wie entstehen diese innovativen Konzepte?

Dabei spielt beispielsweise die Zusammenarbeit mit Universitätsspitalern in Deutschland eine wichtige Rolle. Konkret pflegen wir unter anderem mit dem Universitätsklinikum in Dresden einen regen Austausch. Dort können wir unter anderem beobachten, wie sich die Klinik unter DRG-Bedingungen entwickelt und in welchen Bereichen die Kollegen uns eine Nasenlänge voraus sind. Ein weiterer attraktiver Partner ist Heidelberg. Die Stadt Heidelberg ist von der Grösse her mit Bern vergleichbar und ebenfalls eine Universitätsstadt und keine Finanzmetropole. Die Klinik hat sich trotzdem sehr erfolgreich in der deutschen Universitätslandschaft positioniert. Ein Beweis dafür, dass es nicht notwendig ist, in einer Finanzmetropole zu sitzen, um erfolgreich ein Universitätsspital zu führen. Wir arbeiten momentan speziell im Bereich «Medizin-Controlling» eng mit Heidelberg zusammen. Dadurch bekommen wir sehr interessante Inputs, die uns bei unserer eigenen Projektarbeit helfen. Konkret führten wir in diesem Jahr einen speziellen DRG-Tag für die Klinikleitungen durch. Dabei zeigte uns ein Medizin-Controller aus Heidelberg seine Erfahrungen mit DRG in einem Universitätsspital auf.

Wenn wir über interne Organisationsstrukturen sprechen, müssen wir auch einen Blick auf die veraltete Infrastruktur der Schweizer Spitäler werfen. Das Universitätsspital Zürich spielt mit dem Gedanken, ein neues Haus auf der grünen Wiese zu erstellen und die alten Gebäude zu verlassen. Muss auch das Inselspital neu gebaut werden?

Fast alle Universitätsspitäler kämpfen mit den traditionell gewachsenen Gebäudestrukturen. Diese spiegeln die alten

Abläufe und Ansprüche wider. Doch für die heutigen Prozesse und Technologien genügen sie nicht mehr. Alle versuchen verzweifelt, neuste Technologie in alten Gebäuden zu integrieren. Heutzutage sind jedoch aus medizinischer Sicht ganz andere Prozesse gefragt als noch vor ein paar Jahren. Mit den vorhandenen Gebäudestrukturen wird es uns nicht mehr gelingen, ein Universitätsspital künftig erfolgreich zu positionieren. Ich bin Zürich sehr dankbar, dass sie uns ihre Vorlage präsentieren. Ich finde, sie machen das, was meiner Meinung nach richtig ist. Wenn ich mir den Campus des USZ anschau, ist dieser Schritt absolut sachlogisch.

Was bedeutet das für das Inselspital?

Die Zürcher geben uns diese Herausforderung vor. Das Inselspital kämpft grundsätzlich mit denselben Problemen. Zurzeit sind wir im Rahmen eines Masterplans dabei, die Zukunftsperspektiven unseres Spitals neu zu definieren. In der Planung hat dabei die Flexibilität oberste Priorität. So wollen wir nicht mehr Gebäude bauen, die nachher für mehr als hundert Jahre stehen bleiben. Wir sollten rascher und flexibler bauen können.

Können Sie die aktuelle Gebäudestruktur auf dem Inselareal beschreiben?

Auf unserem Campus findet man zur Zeit eine Mischung verschiedener Bauphilosophien. Einerseits gibt es die Pavillonstruktur, die dem Trend des ausgehenden 19. Jahrhunderts entspricht. Im Hinblick auf Infektionskrankheiten machte es dazumal Sinn, die Gebäude zu trennen. Im Kontrast dazu steht mitten im Campus aber auch das aus den 70er Jahren stammende Bettenhochhaus. Somit vereinen wir heute eine Mixtur verschiedener Philosophien auf unserem Gelände.

Was sind dabei die grössten Probleme?

Beispielsweise kann man das Bettenhochhaus nicht unter laufendem Betrieb sanieren. Wir müssen also zuerst neue Gebäude errichten und dann die alten abrechen oder umnutzen. Für mich ist dabei der kritische Punkt, dass Bauen in Spitalern extrem viel Zeit braucht. Von der Idee bis zum Einzug vergehen Jahrzehnte und das Gebäude ist, wenn wir einziehen, schon veraltet. Der «Lifecycle» eines Gebäudes muss deshalb markant verkürzt werden.

Eine der grössten Unterbrechungen der Patientenströme bzw. -abläufe ist der Graben zwischen dem stationären Teil eines Spitals und den Zuweisern bzw. den Nachversorgern. Die zuweisenden Ärzte vernetzen sich zunehmend. Was kehrt das Inselspital vor, um diesen Graben zu überbrücken und mit den sich vernetzenden Aussenstrukturen in Kontakt zu treten?

Dies ist ein wichtiger Punkt. Da stecken wir, gerade was die Zusammenarbeit mit Ärztenetzwerken betrifft, noch in den Kinderschuhen. Wir pflegen zwar eine Zusammenarbeit mit einzelnen Gruppenpraxen in der Stadt, aber das ist zu wenig.

Als Universitätsspital haben wir in diesem Bereich grundsätzlich zwei Hauptaufgaben. Einerseits den regionalen Versorgungsauftrag, und da spielen die Zuweiser eine zentrale Rolle. Der andere, für uns ebenso wichtige Teil ist die Kooperation mit den Spitalnetzen. Wir müssen das Problem also auf zwei verschiedenen Ebenen angehen.

Ärztenetze streben vermehrt an, nicht nur die Hausarztmedizin zu verrichten, sondern auch die Betreuung chronisch Kranker im «Cronic-Care-Modell» zu übernehmen. Bestehen in diesem Bereich Anknüpfungspunkte zwischen einem Zentrumsspital und den Ärztenetzwerken?

Auch diesen Prozess müssen wir noch analysieren und verbessern. DRG betrachtet nur den stationären Bereich. Ausgehend vom Netzwerk müsste man den Prozess aber gesamthaft anschauen – von der Arztpraxis über den Spital bis hin zur postakuten Versorgung. Gerade ein Zentrumsspital braucht in Zukunft Partner, die in diesem Segment Erfahrungen haben. Aus diesem Grund pflegen wir im Bereich der Geriatrie mit dem Ziegler-spital eine enge Zusammenarbeit. Diese erlaubt die frühzeitige Erfassung geriatrischer Patienten. Damit kann der Prozess einer Rehabilitation rascher angegangen werden.

DRG beinhaltet unter anderem die Gefahr einer zu frühen Entlassung aus dem Spital, weshalb auch eine enge Vernetzung mit den Nachsorgern wichtig ist. Denken Sie, dieser Punkt entscheidet künftig über Erfolg und Misserfolg?

Da bin ich fest davon überzeugt. Ich hoffe, in spätestens zehn Jahren werden wir nicht mehr alleine über DRG sprechen, sondern über Entschädigungssysteme, die den gesamten Patientenpfad im Auge behalten. Schliesslich beginnt dieser beim Hausarzt und geht über das Spital hin zu den Nachsorgern. Es muss uns gelingen, diese aus tariflichen Überlegungen definierten, künstlichen Schnittstellen zu überbrücken. Nur so wird es möglich sein, auch aus Patientensicht optimale Prozesse zu generieren.

Sie denken also, dass auch DRG langfristig durch ein Vergütungssystem abgelöst wird, das die gesamten Prozesse überspannt?

Ich hoffe, es geht in diese Richtung. Auf alle Fälle sollten wir auf dieses Ziel hinarbeiten. DRG ist kurzfristig unser Hauptthema, wir sollten aber bereit sein, in die nächste Phase vorzustossen.

Ein weiteres, grosses Problem ist der Personalmangel. Ein Drittel der Ärzte in Schweizer Spitälern kommt bereits aus Deutschland. Kann diesem Mangel mit zusätzlicher Vernetzung begegnet werden?

Für mich gibt es in diesem Punkt zwei Problemkreise. Einerseits haben wir einen Mangel an Pflegepersonal und andererseits steigt auch der Bedarf an Ärzten. Insbesondere im Pflegebereich wird sich der Personalmangel noch verschärfen. Deshalb müssen wir nach neuen Wegen suchen, damit sich das Pflegepersonal wieder vermehrt auf seine Kernaufgaben konzentrieren kann. Ein möglicher Lösungsansatz ist dabei die Einführung von «Hotellerie-Assistenten». Parallel dazu sollte die Ärzteschaft von administrativen Aufgaben entlastet werden.

Zusätzlich zum ökonomischen Druck wird uns aber auch das fehlende Personal dazu zwingen, weniger Standorte zu betreiben. Es ist beispielsweise absolut unsinnig, in der Schweiz die Herzchirurgie an weiteren neuen Orten aufzubauen. Das ist nicht nur eine ökonomische Sinnlosigkeit, sondern uns fehlen schlicht die entsprechenden Spezialisten dazu. Denn zwei Herzchirurgen an einem Standort genügen nicht, um 24 Stunden mal 7 Tage ein hochstehendes Angebot aufrechtzuerhalten. Kommt hinzu, dass wir bereits heute zu viele Spitäler haben, die eine Herzchirurgie betreiben.

Sind Sie eigentlich dem Manifest zum rechtzeitigen Ausstieg aus den DRGs schon beigetreten?

Nein, denn das Manifest macht keinen Sinn. Ich finde es erstens eine fragliche Bewegung und zweitens kommt das Manifest schlicht zu spät. Zudem ist die Fragestellung völlig falsch. Ob jetzt ein Modell DRG heisst oder nicht, spielt keine Rolle. Die Frage, ob ein solches System aus ethischer Sicht vertretbar ist oder nicht, hat nichts mit dem Label DRG zu tun, sondern stellt sich bei jedem Abgeltungssystem. Ist eine «Fee-for-Service» wirklich vertretbarer als ein Pauschalssystem? Schlussendlich muss doch in jedem Fall irgendjemand dafür bezahlen. Wenn noch mehr Geld in das Gesundheitssystem fliesst, wird es an einem andern Ort, zum Beispiel im Bildungswesen, fehlen. Und da stellt sich für mich natürlich auch als Bürger die Frage, ob diese Umschichtung von Finanzen vertretbar ist.

Interview: Peter Berchtold

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Andreas Tobler
 Ärztlicher Direktor Inselspital
 Sahli-Haus 1
 3010 Bern
 andreas.tobler@insel.ch