

***Pr Pierre MARES (F)***

28/08/2014

*Deutsche Übersetzung : Frédéric von ORELLI*

**Welche Vorschläge bieten sich für die Zukunft öffentlicher Spitäler in Frankreich?**

Das Finanzierungsproblem der Spitalstrukturen in Frankreich zu diskutieren wäre zu kompliziert und ich fühle mich nicht kompetent dafür.

Ich glaube übrigens mehr an die Methode, einen Stein nach dem andern zu setzen, um ein Gebäude zu bauen, das unserer Erwartung entspricht: nämlich der Gesamtheit einer Bevölkerung in einer Gegend eine qualitativ gute Medizin anzubieten.

Ich habe deshalb versucht, auf die Frage von Claude und Etienne zu antworten: Was kann man für ein öffentliches Spital tun, wenn man in leitender Stellung als Arzt arbeitet ?

Wenn unsere wirtschaftliche Situation mit voller Wucht den Traum: „Die Gesundheit hat keinen Preis“ zerstört hat, müssen wir dann resignieren ... oder versuchen neue Strukturen vorzuschlagen ?

Ich bin weder Ökonom noch Finanzfachmann, und auch nicht Spitaldirektor, sondern Arzt der als Klinikleiter Verantwortung zu tragen hatte, Präsident der Weiterbildungskommission und Sekretär der nationalen Konferenz der Universitätsspitäler.

In meiner Klinik habe ich zusammen mit der Direktion versucht, eine Strategie der medizinischen Projekte zu entwickeln für die Suche nach guter medizinischer Qualität mit Rücksicht auf ein wirtschaftliches Gleichgewicht.

Es ging um eine Überlebensfrage für das Universitätsspital Nîmes, das sich zwischen demjenigen von Montpellier und dem von Marseille befindet. In einer nationalen Politik der Kosten – und Spitalreduktionen mussten wir spezifische Lösungen finden.

Wir haben das Projekt auf 4 Achsen aufgegleist :

- Das CHU de Nîmes (Universitätsspital von Nîmes) hat eine regionale Aufgabe, die die ihm zugeteilte administrative Zone überschreitet mit einem spezifischen Teil im Rhonetal bis nach Montélimar.
- Das CHU Nîmes kann nicht allein existieren. Hingegen kann es in Zusammenarbeit mit dem privaten Sektor und mit den öffentlichen Institutionen medizinische Angebote entwickeln. Dabei handelt es sich um einen entscheidenden Paradigmenwechsel, da bis vor wenigen Jahren die Universitätsspitäler untereinander kooperierten und dabei ihr näheres medizinisches Umfeld privat oder öffentlich, vergassen.
- Das CHU Nîmes musste neue Lösungen sowohl administrativ wie medizinisch entwickeln.
- Das CHU Nîmes muss ein Vorgehen im Team oder in einer Gruppe starten, um bei allen Mitwirkenden im medizinischen und pflegerischen Sektor den Wunsch zu wecken, die Effizienz unserer Arbeit zu verbessern.

## **A. Die Strategie**

Der offizielle Auftrag (Brief der Generaldirektoren) war gewisse Angebote zu verringern oder aufzugeben. Das war für einen Präsidenten der medizinischen Spitalkommission (MSK) schwierig zu akzeptieren.

Man einigte sich somit mit dem Generaldirektor, neue Projekte aufzustellen, um damit Finanzierungsquellen zu öffnen. Dabei ergab sich natürlich eine medizinische und organisatorische Herausforderung aber die einzige Möglichkeit, für die Zukunft ein finanzielles Polster zu ähnen.

## **B. Das Vorgehen**

Es wurden zwei medizinische Kommissionen mit Beihilfe der Direktionen vorgeschlagen :

- Die eine zur Festlegung der Arbeitsbereiche
- Die andere zur Erarbeitung des medizinischen Projekts.

Der Präsident der MSK und der Direktor würden nur an den Abschlussitzungen teilnehmen oder für Konfliktlösung unter den Mitgliedern zur Verfügung stehen.

Die Verantwortlichen jeder Kommission sollten alle Abteilungsleiter und ihr Team begrüßen, ihnen das Projekt vorstellen und ihre Erwartungen anhören, bevor sie Vorschläge machten.

Diese Informationen gingen an die MSK (monatlich) und an die gesamte Belegschaft des Spitals in Form von 3 Versammlungen jährlich.

Für das medizinische Projekt zeigte die Direktion bereit, eine spezifische Finanzierung für ein externes Audit zu sprechen, um die Arbeit der Ärzte und Direktoren zu erleichtern.

**Zusammenfassend :**

- **10 Bereiche wurden aufgestellt entsprechend den Grundlagen des Spitals:**
  - **Medizinische Zusammenarbeit in gewissen Bereichen wie Chirurgie und Bildgebung**
  - **Funktionelle Verknüpfungen für andere wie Mutter- Kind...**
- **Das Projekt „Spital ausserhalb der Mauern“ wurde verfasst und von allen (Ärzten und Pflegenden sowie von allen Organisationsteilen des Spitals beurteilt.**

**Diese Arbeit hatte eine besonders verbindende Wirkung auf die Gesamtheit der Arbeitsgruppen und auf die einzelnen Teams der Ärzte und der Pflegenden.**

## **C. Resultate :**

### **I - Auf der Verwaltungsebene**

Die T2A (Fallpauschalen) wurde als finanzielle Möglichkeit vorgestellt, die medizinischen Tätigkeiten zu unterstützen. (!) Und effektiv erlaubte die Ausweitung des Angebotes, eine finanzielle Grundlage zu schaffen, um sich zu entwickeln.

Die Direktion hat ein Finanzmanagement aufgestellt und vor allem eine Verfahren, um bisher verpasste Möglichkeiten zu entdecken.

**I- 1 : Verbesserung der Finanzlage durch das Gesundheitsministerium für :**

- Die Finanzierung von Forschung und Aktivität von allgemeinem Interesse
- Die BHN: „Biologie ausserhalb der Nomenklatur“. In einem Jahr regelmässiger Besprechungen zwischen dem Ministerium, den Ärzten und den Direktoren ist da Budget von 40 000 auf 1,5 Mio Euro gestiegen.

## ***I- 2 : Klinische Forschung :***

Die Direktion hat beschlossen, folgendes Personal zu finanzieren: 2 medical writers, 2 Ärzte für Methodologie, 15 klinisch-technische Forschungsassistenten, 20 medizinische Forschungsassistenten, indem sie Unterstützung durch das Ministerium bekam und Publikationen auffand von Ärzten, die das CHU von Nîmes gar nicht erwähnt hatten. Ausserdem wurden die Ärzte aufgefordert sich zu verpflichten, in Zukunft mehr zu publizieren.

## ***I- 3 : Informatik :***

Es erschien schwierig, vom Ärzteteam und vom Pflegepersonal zu verlangen einerseits die medizinische Arbeit zu erhöhen und gleichzeitig eine elektronische Krankengeschichte einzuführen, die jedoch eingeführt werden musste.

Zahlreiche Diskussionen und Konflikte waren abzusehen.

Die Direktion war ausserdem bereit, qualifiziertes Kodierungspersonal zur Verfügung zu stellen, um die Dossiers nach einer Erstkodierung durch die Ärzte definitiv kodieren zu helfen. So wurden 10 Personen in jedem Bereich eingestellt. Dies erlaubte eine Verbesserung der Fallbewertung und damit eine finanzielle Besserstellung, die die Personalkosten deutlich überstieg. Diese Projektstufe wurde deshalb von der Generaldirektion ratifiziert und eine Weiterführung empfohlen.

**I- 3-a : Für die Bewertung der Fälle** wurde bei den Diätassistentinnen dasselbe Vorgehen gewählt und .... eine Verbesserung der medizinischen Qualität erreicht.

### **I- 3-b : Elektronisches Medikamentendossier, Bedingung für die Supervision**

Das Medikamentendossier, das eine Verbindung zwischen der Zentralapotheke und den Krankenstationen herstellt, erlaubt, die Medikation zu kontrollieren und die besten Behandlungen nach den Richtlinien zu wählen und die Nebenwirkungen zu minimieren oder Überbehandlungen zu vermeiden. Das führte zu einer höheren Sicherheit der Verordnungen und zu erheblichen Einsparungen.

Zur Zeit geht es darum einen klinischen Apotheker für jede Klinik einzustellen, um diese Kontrolle zu festigen. Man behandelt besser und günstiger und die Ärzte arbeiten mit dem Apotheker zusammen.

## ***I - 4 : Die Partnerschaft mit den regionalen Spitälern verbessern***

**I- 4-a :** Der Austausch bleibt schwierig und geprägt vom Verdacht, der Mächtigere wolle den Kleineren verschlucken. Immerhin hat sich mit der Zeit auch ein gewisses Vertrauen verbreitet und konkrete Resultate wurden erreicht:

- Gemeinsame Direktoren für mehrere Spitäler
- Aussenkonsilien der Ärzte des Universitätsspitals und Zugang der Ärzte von kleinen Spitälern zu den universitären Einrichtungen.

Diese Öffnung war für die kleinen Spitäler besonders wichtig, da sie ihnen erlaubte Ärzte anzustellen, die ohne den Zugang zur universitären Technikplattform nie dorthin gekommen wären.

### **I- 4-b : Die Telemedizin**

Dieses Projekt entstand 1994 in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde, in Zusammenarbeit mit der Universität Paris VI.

Die Idee des Unispitals war es die Bearbeitung der Notfälle zu verbessern. Ich hatte eine Pariser Kollegin gebeten, mit einer Umfrage herauszufinden, was unsere KollegInnen erwarteten: Einzig die Fortschritte der Ultraschalluntersuchung in der Praenatalperiode interessierte sie.

Wir haben deshalb unser Projekt begonnen indem wir Gynäkologen und Ultraschallspezialisten privat/öffentlich einluden um mit ihnen die nötigen Apparate zu besprechen und zu lernen, mit diesem Material für Ultraschall und Telemedizin auf dem Gebiet zu arbeiten, das sich unsere Kollegen gewünscht hatten statt auf dem, das unserer Vorstellung entsprochen hätte.

Dazu musste eine Partnerschaft mit Sony und Pharmaunternehmen eingegangen werden, da die frühere Generaldirektion dieses Projekt nicht akzeptierte, obwohl ein Kredit vom Umwelt –und Entwicklungsdepartement vorhanden gewesen wäre.

Die technische Ausrichtung war also „medizinisch“ d.h. nicht ein Verhältnis „Meister/Knecht“ zu schaffen, wie es die Industrie und die Aufsichtsorgane wollten. So konnte man ein System vom Typ Internet entwickeln. Der Experte in diesem Rahmen wurde somit auch nicht nach der Stellung oder seiner geographischen Lage ernannt sondern nach der Kompetenz.

Das System funktioniert immer noch und ha auf andere Themen und disziplinen ausgeweitet werden können.

Im CHU verfügen wir nun über 4 Säle für Videokonferenzen.

### ***I-5 : Einrichtung einer Partnerschaft zwischen privaten und öffentlichen Institutionen***

Dies konnte nur unter dem Druck der Aufsichtsorgane realisiert werden, die mit der Schliessung gewisser öffentlicher oder privater Strukturen drohte, weil die Belegung zu schwach war.

Nach multiplen sehr harter Diskussionen haben alle Beteiligten zugestimmt, zusammen zu arbeiten, um die medizinischen Angebote in der Region aufrecht zu halten.

#### **I-5-a : Die Onkologie**

Es wird ein gemeinsames öffentlich/privates Gebäude von 80000m<sup>2</sup> gebaut, das vier Radiotherapiegeräte enthalten wird: zwei private und zwei öffentliche, öffentliche und private Bildgebungsapparaturen und die gesamten Konsultationsräume für spezialisierte Onkologie sowohl öffentlich wie privat. Die Grundversorgung wird weiterhin durch die lokalen Einrichtungen besorgt.

#### **I-5-b : Die Neurochirurgie**

Sie war im Wesentlichen privat organisiert. Die Vorgaben führten aber zur Schliessung und Verlegung nach Montpellier. Nun kann ein kombiniert öffentlich/privates Neurochirurgiegebäude auf dem Unispitalgelände gebaut werden mit zwei öffentlichen und zwei privaten Neurochirurgen.

Man trägt sich nun mit dem Gedanken, die Herzchirurgie zu entwickeln, die nur im privaten Sektor existiert.

### ***I-6 : Schaffung einer Stiftung für Spendergelder***

Es wurde eine Person als found raiser angestellt, was uns erlaubt hat, für die Lehre Simulationssäle einzurichten (300000 Euro)

## **II - Ein verwandeltes Management**

Die Generaldirektion hat verstanden, dass die Ärzte und Pflegenden in dieser Reorganisation unterstützt werden mussten.

**I – Für die Beschlussfassung unter den verschiedenen Mitarbeitern wurde eine Kommission mit dem Direktor und Vertretern der medizinischen Spitalkommission geschaffen für:**

- Finanzierung
- Klinische Forschung
- Qualitätssicherung
- Patientenweg

## **2 – Die Generaldirektion hat beschlossen, externe Konsiliarärzte zu finanzieren, um die Arbeit der Ärzte zu verbessern.**

**3** – Es wurde darauf geachtet, dass junge Ärzte in Vollzeit zu korrekten Konditionen eingestellt wurden, während sie bisher in ihrem ersten Jahr schlechter bezahlt wurden als später als Oberärzte.

## **4 – Neue Finanzierungsschemata**

Leistungen privater Ärzte können als Halbtagesstellen (vacations) abgegolten werden. Vorher konnte man keine privaten Ärzte zulassen, wenn man keine vacations von der Generaldirektion bewilligt hatte. Heute ist die Situation umgekehrt: die ärztliche Tätigkeit des Arztes generiert einen Kredit, der es erlaubt, ihm die Halbtagesstelle zu zahlen, nicht zuletzt mit juristischer Hilfe der Direktion, um die Verträge vorzubereiten.

## **5 – Beurteilungsgremien**

Es wurden Gruppen geschaffen, um zusammen mit den Direktoren, Klinikchefs, und Einheitsleitern die einzelnen Mitarbeiter und ihre Stellung besser einzuschätzen. Gleichzeitig wurde auch den jungen Oberärzten mehr Beachtung geschenkt, um ihnen eine Spitalkarriere schmackhaft zu machen. Man versucht sogar, wenn es nicht perfekt zu sein scheint.

## **6 – Arbeitshilfen und Erleichterungen**

Für die Mitarbeiter, die sich in der Reorganisation einsetzten, wurden gewisse Vorteile geschaffen:

- Für das Gebiet Informatik: eine Fachzelle mit einem Arzt und einem Informatiker, Arbeitslunches zum freien Austausch
- Digitales Diktieren für die die es wünschten

## **7 - Neues Projekt 2011 - 2016**

Schnell wurde auch ein neues Projekt ins Auge gefasst. Die Dynamik sollte erhalten bleiben und die Entwicklungen vorbereitet werden. Dieses neue Projekt will den Übergang vom „Aufenthaltsspital“ zum „Durchgangsspital“ vorbereiten, indem die Pflege koordiniert wird. Die schlechte Koordination der Pflege hat nämlich einen sehr hohen Preis sowohl in finanzieller wie in menschlicher Hinsicht durch die Probleme der Rehospitalisationen, der wiederholten Notfallbehandlungen oder der Überbehandlung.

## **Take Home messages – Rezepte**

---

Ich wollte es vermeiden, Euch die politische Debatte um die Zukunft der Spitäler zu präsentieren sondern vielmehr unseren Weg beschreiben.

Konkret stellt sich die Frage, wie wir auf den Auftrag, die Gesundheit der Gesellschaft zu erhalten antworten sollen. Oder besser als Gesundheitsleistungserbringer wie die Angelsachsen (und die Deutschsprechenden) sagen.

Welches sind die notwendigen Elemente :

- Der Zusammenhalt von Ärzteschaft, Pflege und Direktion in einem gemeinsamen Projekt
- Ein radikales Umdenken des Service Public, der die nötigen Geldmittel selbst erarbeiten muss
- Das unausweichliche Eingeständnis, dass einzelne Aufgaben des Spitals nicht durch Honorierung der Leistung selbst finanziert werden können sondern durch Sponsoren für besondere Aufgaben: Innovative Medikamente, Behandlung von Personen mit sozialmedizinischen Problemen...

- Die Bereitschaft der Ärzte und Pflegenden an der Front, ihre Aufgabe zu verteidigen, bekannt zu machen und zu rechtfertigen. Man kann nicht mehr annehmen, dass Die Rolle eines Spitals eo ipso anerkannt sei... z.B. weil man Service Public sei.

## **Nützliche Rezepte sicher aber.... nicht für lange Zeit... Nichts ist definitiv erreicht !**

Denn :

- Das Gesundheitsministerium stoppt die Erhöhung der Budgets im Gesundheitswesen und erniedrigt die Preise der häufigsten Leistungen, sodass die Anpassungen rasch begrenzt sind und die Fähigkeit der Teams, ihre Leistung zu steigern ebenfalls rasch an ihre Grenzen stösst.
- Man muss sich dauernd anpassen, innovativ sein, motivieren, und vor allem dauernd über den Sinn der verschiedenen Gesundheitsberufe nachdenken. Dies stellt die Medizin in einen neuen gesellschaftlichen Rahmen :
  - Die Gesundheitskosten verzehnfachten sich durch die schlechte Koordination der Pflege aber auch durch das Fehlen einer Präventionspolitik ohne zu sprechen von der Verlängerung der Lebenszeit. Dazu gesellt sich der Missbrauch von Medikamenten als Quelle von Ineffizienz und iatrogenen Störungen und damit von Verschwendung öffentlicher Mittel.
  - Das Nachdenken über die Gesundheitsprobleme hat auf regionaler Eben zu erfolgen und nicht ausschliesslich auf der Ebene öffentlich – privat,
  - aber auch mit Integration von neuen Mitteln wie Telemedizin oder Domotik (Hausautomation), die die medizinische Überwachung zu vereinfachen erlauben. In dieser Hinsicht müssen die Ärzte sich neue Methoden überlegen und nicht erwarten, dass die Industrie ihnen alles serviert.
  - Die Anerkennung der Arbeit am Patienten als Aufgabe kann ein wesentlich richtungsweisend sein für eine gesunde Entwicklung der Gesundheits- und Pflegesysteme.

**Wäre das die Gelegenheit von einer Medizin, die Krankheiten behandelt zur Medizin der Person zu wechseln?**