

Editorial

Empowerment der Kaderärzteschaft



Karl-Olof Lövblad
Präsident VLSS

Die Rolle des Chefarztes in seiner Funktion als Chef und diejenige vom leitenden Arzt in seiner Funktion als Leiter haben sich in letzter Zeit stark verändert. Das liegt einerseits daran, dass die Medizin komplexer geworden ist. Chefärzte wie auch leitende Ärzte müssen sich mehr auf ihre medizinische Rolle konzentrieren und sich in ihrem Fachbereich fortbilden und weiterentwickeln. Andererseits haben sich die Strukturen im Spitalwesen extrem verändert – politische und ökonomische Aspekte spielen heute eine wichtige Rolle und werden immer öfters von aussen diktiert. Bei leitenden Ärzten und Chefärzten führt dies teilweise zu Verunsicherung, Überforderung und Unzufriedenheit. Nicht selten kommt der Wunsch nach einem Wechsel auf.

Doch ob alledem dürfen wir nicht vergessen: Patienten kommen nicht wegen eines schönen Gebäudes ins Spital, sondern weil die medizinischen Leistungen exzellent sind. Und genau diese medizinischen Leistungen – damit indirekt auch das Spital – werden von den Ärzten definiert. So fungieren Ärzte auch als «Werbeträger». Die Medizin ist und bleibt die Kernaufgabe der Spitäler. Diese kann gar nicht ohne Ärzte betrieben werden. Deswegen werden die Hauptverantwortlichkeiten im Spitalwesen wie auch im Gesundheitswesen künftig in den Händen von Medizinern bleiben.

Chefärzte und leitende Ärzte sind für die medizinischen Massnahmen, die Lehre und die Forschung (wenn vorhanden) zuständig. Gerade die Rolle der Lehre wird momentan unterschätzt: die Ausbildung zum Arzt findet auch im Spital (und nicht nur an der Universität) statt. Wir Kaderärzte müssen jetzt dafür sorgen, dass alle Spitalmassnahmen zu einem «Empowerment» der Ärzteschaft führen. Die Zukunft der Chefs und der leitenden Ärzte ist gar nicht so dunkel, obwohl sich unsere Rolle stark verändert hat und sich noch mehr verändern wird.

Inhalt

- 2 Klausurtagungen VLSS 2017
- 5 Hplus Kongress 2017
- 8 Im Gedenken an Hans-Ueli Würsten

Der Journalist und die Medizinsoziologin

Neben arbeitsrechtlichen, versorgungstechnischen und tarifarischen Fragen haben sich die Vorstandsmitglieder des VLSS an den diesjährigen Klausurtagungen eingehend mit dem Zeitungsjournalismus und der Professionssoziologie auseinandergesetzt. Als Referenten sind der NZZ-Redaktor Simon Hehli und die Medizinsoziologin Marianne Rychner aufgetreten.

Foto: Markus Gubler



In der Gesundheitspolitik dominieren wiederkehrende Agenda-Themen wie die jährliche Festlegung der Prämien oder Pressekonferenzen des Gesundheitsministers, erklärt Simon Hehli, Redaktor der Neuen Zürcher Zeitung.

Wie sich die arbeitsrechtliche Situation für Kaderärzte an Schweizer Spitälern präsentiert, erläutert Thomas Eichenberger, Leiter Rechtsdienst VLSS, in seinem Einführungsreferat. Er schildert persönliche Erfahrungen aus der Rechtsberatung und ruft zentrale Fragen bei Vertragsverhandlungen in Erinnerung: Wer nimmt teil? Existiert eine Traktandenliste? Welches Vertragsregime – öffentlich-rechtlich, privatrechtlich – kommt zur Anwendung? Welche Unterlagen bestehen? Diese Fragen sollten Kaderärzte klären, bevor sie sich an den Verhandlungstisch setzen. Leider sei es, so Eichenberger, mittlerweile üblich, dass Vertragsanhänge vielfach nicht mitgeliefert und erst nachträglich ergänzt werden. Auch Pflichtenhefte würden vermehrt nachträglich erlassen. Deshalb sei es wichtig, dass sich betroffene Kaderärzte juristisch beraten lassen. Von standardisierten Verträgen oder Modellverträgen des VLSS rät er ab. Ein solch planwirtschaftlicher Ansatz trage

den unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Kliniken zu wenig Rechnung. Auch ein GAV-Modell sei zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der Kaderärzte zugeschnitten, hält Eichenberger fest.

Ungeeignetes Vorbild

Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» wolle, so VLSS-Vorstandsmitglied Marcus Schwöbel, konkrete Lösungsansätze für die Aus- und Weiterbildung der Schweizer Ärzteschaft erarbeiten. Die Plattform besteht aus mehreren Themengruppen. Eine davon widmet sich der Koordination der ärztlichen Weiterbildung. Ein zentrales Handlungsfeld dieser Themengruppe ist das Ermitteln des künftigen Bedarfs an Fachärztinnen und Fachärzten in der Schweiz. Für ihre Berechnungen ziehen die Verantwortlichen ein von der OBSAN entwickeltes Modell heran. Schwöbel bemängelt, dass das entwickelte Modell zu stark auf das holländische Versorgungsmodell abstelle. Holland reguliere und lenke sein ärztliches Angebot viel stärker als die Schweiz. Und Holland decke den Bedarf an ärztlichem Personal selber, während die Schweiz auf die Zuwanderung aus dem Ausland angewiesen sei, resümiert Schwöbel.

Globalbudgets verhindern

Jürg Unger, Leiter Departement Stationäre Versorgung und Tarife der FMH, führt die anderen Vorstandsmitglieder in die aktuelle Systemdiskussion der FMH ein. Die FMH beschäftigt sich mit Fragen der Tarifierung, der Finanzierung und der Honorierung. Politisch präsent ist die Frage der Finanzierung. Es geht vor allem um die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS). Unger sieht in der EFAS die einzige Chance, um Globalbudgets im Gesundheitswesen zu verhindern. Die rechtlichen Grundlagen für Globalbudgets bestünden teilweise schon. So sehe das Krankenversicherungsgesetz die temporäre Einführung von Globalbudgets auf kantonaler Ebene explizit vor. Für Unger steht ausser Frage, dass Globalbudgets zu einem Leistungsabbau führen. Diesen Abbau gelte es – auch zum Wohle der Patienten – zu verhindern.

Gesundheitspolitik betrifft alle Menschen

In der Gesundheitspolitik dominieren Agenda-Themen, erklärt Simon Hehli, Redaktor der Neuen Zürcher Zeitung. Dazu gehören wiederkehrende Ereignisse wie die jährliche Festlegung der Prämien, Pressekonferenzen von Bundesrat und anderen Entscheidungsträgern, aber auch Abstimmungskämpfe und politische Vorstösse. Hehli geht auch auf den Selektionsprozess der Medien ein. Wenn Themen für die Leserschaft relevant sind, werden sie in der Regel aufgegriffen. Es hänge aber an blattmacherischen Entscheidungen, ob, wann und wie das Thema verarbeitet werde. Hehli räumt mit der Vorstellung auf, Journalisten seien Experten. Sie tasten sich langsam an ein Thema heran und bauen sich Wissen über eine lange Zeit auf. Dabei müssten Journalisten stets die Balance zwischen oberflächlicher Information und detailliertem Fachwissen finden. Die Gesundheitspolitik sei ein dankbares Thema, weil es alle Menschen betreffe. Ärztinnen und Ärzte kämen in den Medien – mit wenigen Ausnahmen – gut weg. Ärzte hätten mit der FMH grundsätzlich eine gut vernehmbare Stimme in der Gesundheitspolitik, so Hehli. Im Gegensatz zu anderen boomenden Märkten gebe es im Gesundheitswesen eine Diskrepanz zwischen Zahlenden und Konsumierenden. Hehli stellt den politischen Entscheidungsträgern kein gutes Zeugnis aus. Sie hätten es seit Jahren nicht geschafft, eine grosse Reform aufzugleisen. Und er liefert dazu eine These: Der Leidensdruck sei noch lange nicht gross genug, als dass tiefgreifende Massnahmen gegen die Kostenentwicklung mehrheitsfähig würden.

Chef- und Kaderärzte sehen sich vermehrt ökonomischen Vorgaben und Restriktionen ausgesetzt, die ihre medizinischen Handlungs- und Entscheidungsfreiheiten einschränken. Der VLSS beobachtet diesen Trend bei der Ausarbeitung von Arbeitsverträgen, der Schaffung neuer Abgeltungsreglemente und neuer Organisationsstrukturen. Wie sollen sich Chef- und Kaderärzte in dieser Situation ver-

halten? Welche Empfehlungen lassen sich aus professionssoziologischer Sicht abgeben? Diesen Fragen ging die Medizinsoziologin Marianne Rychner nach. Für das VLSS Info hat sie ihr Referat nachfolgend zusammengefasst.

Herausforderungen der Kaderärzteschaft aus professionstheoretischer Sicht

Um sich in der Gesundheitspolitik besser orientieren zu können, ist eine Analyse vor dem Hintergrund professionssoziologischer Überlegungen hilfreich. Zunächst die Frage, was ärztliches Handeln im Kern ausmacht. Damit hat sich Talcott Parsons in den 1950er-Jahren systematisch beschäftigt. Als Hauptkriterien dafür, was die ärztliche Profession ausmacht, nennt er:

1. Orientierung an zentralen gesellschaftlichen Werten, nicht an Profitmaximierung
2. Anerkannte wissenschaftliche Aus- und Weiterbildung
3. Ein hohes Ansehen, das auf der Anwendung der in 1 und 2 genannten Kriterien beruht
4. Freiberufliche Tätigkeit und davon abgeleitet: Professionsinterne Kontrolle betr. Orientierung am Stand der Wissenschaft und an ethischen Richtlinien.

Der letztgenannte Punkt impliziert: Weder der Markt, noch standardisierte Vorgaben der Bürokratie sind in der Lage, die Qualität ärztlichen Handelns zu kontrollieren; entsprechend wichtig ist eine funktionierende und autonome professionsinterne Kontrolle bzw. Rahmenbedingungen, welche eine solche ermöglichen.

Nun werden Sie denken: klingt schön, die Realität ist anders, es handelt sich hier um eine antiquierte, idealisierte Sicht. Tatsächlich ist das Modell von verschiedenen Seiten unter Beschuss gekommen. Erstmals ab den 1970er-Jahren, wissenschaftlich aus machtkritischer Sicht, politisch eher von links, wurden die Elemente klassischer Professionssoziologie kritisiert als Ideologie, die dem Erhalt und Ausbau von Privilegien dient. Die spiegelbildliche Kritik von wirtschaftsliberal-rechter Seite zeigte sich ab den frühen 1990er Jahren mit der verstärkt einsetzenden Forderung nach mehr Marktmechanismen im Gesundheitswesen – eine unheilige Allianz, die im gemeinsamen Misstrauen gegenüber den «Göttern in Weiss» gipfelt.

Auf der Ebene konkreter Phänomene wie etwa der Verdrängung traditioneller, vorwiegend weiblich dominierter Berufe wie der Hebammen, ist diese Kritik nicht nur falsch. Es bleibt aber die Frage, inwiefern dies die Erklärungskraft des soziologischen Modells tangiert. Diesem Problem hat sich der Soziologe Ulrich Oevermann in den 1990er-Jahren gewidmet im Zuge seiner Reformulierung der klassischen Theorie auf der Basis fallrekonstruktiver Studien. Er setzt beim Schwachpunkt der klassischen Theorie an, der darin besteht, dass sie weitgehend auf der deskriptiven Ebene bleibt und so der Kritik nicht systematisch entgegentreten kann. Oevermann leitet daher die oben genannten Kriterien, an denen ärztliche Professionalisierung festgemacht wird, systematisch her aus dem sachlogischen *Handlungsproblem* von Ärzten. Erst dadurch können sie als funktionale Voraussetzungen erkannt werden, die bedeutsam sind für das Gelingen ärztlicher Intervention. Das Modell bleibt so auch gültig, wenn im Einzelfall dagegen verstossen wird oder wenn bestimmte Bedingungen seine optimale Entfaltung einschränken. Soziologisch gesehen impliziert die alltagsweltliche Kritik an den «Göttern in Weiss» bzw. die öffentliche Skandalisierung unethischen ärztlichen Verhaltens damit auch, dass die institutionalisierte gesellschaftliche Erwartung und so die Selbstverständlichkeit hoher ethischer Orientierung intakt ist.

Die ärztliche Handlungslogik besteht nach Oevermann in der stellvertretenden Bewältigung von Krisen im Arbeitsbündnis. Damit zeichnet sie sich aus als *fallspezifische, interventionspraktische* Anwendung wissenschaftlichen Wissens. Dies ist nicht nur

eine möglichst zu minimierende Randbedingung, sondern konstitutiv und in mehrfacher Hinsicht folgenreich: Immer geht es um Einzelfälle, an denen sich Diagnostik und Therapie ausrichten, immer ist die Beteiligung des Patienten, der Patientin im Arbeitsbündnis bedeutsam für den Genesungsprozess. Immer geht es auch um den ganzen Menschen, nicht um isolierte Organsysteme, auch wenn diese im Zentrum der Behandlung stehen. Immer muss vermuteter Nutzen und potentieller Schaden gegeneinander abgewogen werden, die Zukunftsoffenheit jeglichen Krankheits- und Heilungsverlaufs ist etwas grundlegend Anderes als ein «Produkt», die Zuständigkeit der Ärztin für den Patienten als ganzen Menschen im Arbeitsbündnis schliesst den möglicherweise nicht vermeidbaren Tod oder die Verschlechterung des Zustandes mit ein.

Dies alles auszublenden oder als vernachlässigbare Randbedingung kleinzureden, wie dies in aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen über die politischen Grenzen hinweg zunehmend getan wird, bedeutet Rahmenbedingungen zu schaffen, welche der Logik ärztlichen Handelns nicht gerecht werden und damit zu einer Deprofessionalisierung beitragen, welche es zunehmend schwerer macht, dem funktional sinnvollen Professionsideal zu entsprechen. Gerade Kaderärztinnen und -ärzte, welche die schwierige Gratwanderung zu bewältigen haben, der ärztlichen Profession einerseits und der formalen Organisation eines Spitals andererseits gerecht zu werden, haben die schwierige Aufgabe, auch politisch Bedingungen auszuhandeln, welche die Autonomie ärztlichen Handelns stärken anstatt sie weiter zu schwächen. Ohne in der kurzen Zeit detailliert auf aktuelle gesundheitspolitische Auseinandersetzungen eingehen zu können, kann ich aus distanzierter, soziologischer Sicht insbesondere empfehlen, wenn immer möglich sprachlich keine Konzessionen an den deprofessionalisierenden Zeitgeist zu machen, also beispielsweise nicht von «Produkten», «Anreizsystemen» usw. zu sprechen und wenn es nicht anders geht, konsequent zu erläutern, warum diese Begriffe ärztlichem Handeln nicht angemessen sind.



Dr. Marianne Rychner ist Soziologin und Partnerin beim Büro für Sozioanalyse (www.sozioanalyse.ch). Sie berät u. a. Organisationen im Gesundheitswesen. Ihre Dissertation «Grenzen der Marktlogik – Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis» wurde 2006 im VS Verlag für Sozialwissenschaften publiziert.

Digitale Dynamik ohne Grenzen?

Biologisches Gewebe aus dem 3D-Drucker, personalisierte Medikamente, Vitaldatenmessung per Smartphone: Die Digitalisierung eröffnet in der Medizin unzählige Anwendungsfelder. Doch ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Patienten werden sich technologische Innovationen nicht durchsetzen. Dies wurde am diesjährigen Kongress des Spitalverbandes Hplus deutlich.

Hacking Healthcare: Der Titel des Einführungsreferates am diesjährigen Kongress des Spitalverbandes Hplus mutet verwerflich an. Doch der Referent beschwichtigt bereits in den ersten Minuten. Dr. Stephan Sigrist, Gründer und Leiter des Think Tank W.I.R.E, versteht unter Hacking nicht das verbrecherische Attackieren des Gesundheitswesens und seiner Organisationen. Vielmehr soll das System in Bestandteile aufgespalten werden. Diese Betrachtungsweise sei Voraussetzung, um die Prozesse der Digitalisierung besser zu verstehen. Sigrist analysiert seit vielen Jahren interdisziplinär Entwicklungen in Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft und beschäftigt sich schwergewichtig mit den Folgen der Digitalisierung.

Die Digitalisierung ist von Menschen gemacht. Genauer: Sie ist ein Produkt technischer Innovationen. Individuen und Organisationen entwickeln Technologien und generieren dabei Daten, setzen Sensoren ein, vermessen menschliches Verhalten, verarbeiten diese Daten und speichern sie zentral oder dezentral. In Sigrists Verständnis bildet Technologie das Fundament, auf dem für Organisationen und Individuen unterschiedliche Anwendungsmöglichkeiten entstehen.

Automatisieren, Virtualisieren, Vernetzen und Realisieren

Sigrist unterscheidet vier verschiedene Dimensionen: Automatisieren, Virtualisieren, Vernetzen und Realisieren. Und liefert auch gleich konkrete Beispiele: Automatisierte Prozesse ermöglichen schon heute, dass Patienten mit dem Smartphone ihre Vitaldaten messen. Kliniken testen selbstfahrende Rollstühle, die Patienten auf direktem Wege zum behandelnden Arzt bringen. Roboter desinfizieren mit UV-Licht Operationssäle. Chirurgen und Orthopäden führen im virtuellen Raum Testoperationen durch und verfeinern so ihr Handwerk. Virtuelle Realitäten wirken sich bei Patienten mit chronischen Schmerzen positiv auf das Schmerzempfinden aus. Weiter präsentiert Sigrist verschiedene Netzwerke, wo Patienten via Applikation Wissen und Erfahrungen über Krankheiten austauschen. Biologisches Gewebe oder menschliche Organe lassen sich schon



«Algorithmen sollen Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen und die Diagnostik- und Behandlungsqualität verbessern», erklärt Bart de Witte, Direktor der Digital-Health-Abteilung von IBM Deutschland.

bald am 3D-Drucker produzieren. Die Digitalisierung, davon ist Sigrist überzeugt, macht die Medizin effizienter, qualitativ besser und unabhängiger. Sie eröffnet neue, weniger personalintensive Therapie- und Betreuungsansätze. Sigrist spricht gar vom Übergang in eine prädiktive Medizin. Patientendaten sind künftig integraler Bestandteil der medizinischen Diagnostik und bilden die Basis für die Betreuung und Therapieüberwachung der Patienten. Geht es nach den Befürwortern der Digitalisierung stehen wir an der Schwelle zum perfekten Gesundheitssystem. Doch Sigrist relativiert. Nach wie vor haben nur wenige Anbieter Zugang zu qualitätsgeprüften Daten. Die technischen Schwierigkeiten sind noch nicht gelöst. «Wir produzieren viel mehr Daten, als wir speichern können». Und dem Patienten geht die Entwicklung zu schnell. Er ist überfordert. Der blinde Glaube an die Machbarkeit der Technik verschliesst den Blick auf die Risiken. Tech-

nologien, so Sigrist, führen zu einer Entpersonalisierung in der Medizin. Empathie und menschliche Nähe gehen in diesem Szenario mehr und mehr verloren. Deshalb plädiert Sigrist dafür sich der – mitunter zuwiderlaufenden – Bedürfnisse der Patienten stärker bewusst zu werden. Nicht was technisch machbar sei, müsse im Vordergrund stehen, sondern was dem Patienten letztlich nütze. Sigrist appelliert an die Entscheidungsträger. Es brauche eine realistische Vision über das digitale Gesundheitssystem. Sigrist empfiehlt, Veränderungen im Kleinen zu initiieren. Eben: das Gesundheitssystem hacken!

Digitale Führungsqualitäten

Technologie und Digitalisierung bieten für Unternehmen wie Novartis unzählige Chancen für neue Geschäftsmodelle, führt Dr. Monika Jänicke, CEO Novartis Schweiz, aus. Das Konsumverhalten ändert sich rasant – von analog zu digital. Neue Akteure kommen auf den Markt, besetzen zuerst Nischen und wachsen dank ihrer Agilität zu globalen Marktführern. Dazu zählt Jänicke Apple, Facebook und Amazon. Von diesen Erfolgsgeschichten gelte es zu lernen, denn auch unsere Gesundheit werde immer digitaler. Patienten wollen sich mitteilen und selbstbestimmt Verantwortung übernehmen. Bei Novartis stehe der Patient schon immer im Zentrum. «Im Jahr 2016 haben wir mit unseren Produkten eine Milliarde Patienten erreicht.» Jänicke betrachtet Innovation als eine Kernkompetenz ihres Unternehmens und sieht Novartis als eine Pionierin in der Digitalisierung. Neben Mikrosensoren in Tabletten ist der Pharmariese daran, in Kooperation mit Google Kontaktlinsen mit Mikroprozessoren zu entwickeln. Diese Linsen korrigieren nicht nur Sehfehler, sondern überwachen den Blutzuckerspiegel von Diabetespatienten. Dazu analysieren die Prozessoren pausenlos die Zusammensetzung der Tränenflüssigkeit. Innovationen wie diese seien riskant, betont Jänicke. In Forschung und Entwicklung investiere Novartis Milliardenbeträge – mit unsicherem Ausgang. Von der Digitalisierung verspricht sich Novartis bei der Entwicklung von Medikamenten erhebliche Produktivitätssprünge. Ihr Unternehmen sitze auf einer Million Patientendaten aus über 3'000 Studien, die bislang nicht systematisch weiterverarbeitet worden sind, berichtet Jänicke. Daneben investiere Novartis in Projekte wie Science37 mit dem Ziel, globale, virtuelle Klinikumgebungen zu schaffen, wo sich Patienten an klinischen Studien beteiligen können. Würden geeignete Probanden schneller gefunden, senke dies die Forschungs- und Entwicklungskosten erheblich, erläutert Jänicke. Novartis wandle sich mehr und mehr von einem Pharmaunternehmen zu einer datenbasierten Unternehmung. Dies wirke sich auch auf die Organisation aus. «Wir müssen uns von hierarchischen Führungsstrukturen verabschieden und neue Kulturen der Zusammenarbeit fördern. From me to we.»

Digitalisierung hilft heilen

Im Rahmen eines gesellschaftlichen Engagements von IBM sollte Bart de Witte in Afrika zusammen mit der WHO ein Register für Gebärmutterhalskrebs aufbauen. Doch der heutige Direktor der Digital-Health-Abteilung von IBM Deutschland musste frustriert unverrichteter Dinge wieder abreisen. Es fehlte das Geld für HPV-Screenings und die dazugehörige Labordiagnostik. An Gebärmutterhalskrebs sterben alleine in Afrika jährlich über 58'000 Frauen. Für de Witte sind diese Todesfälle vermeidbar. Der Digitalisierung und dem maschinellen Lernen sei Dank. IBM investiert in leistungsstarke Computer und künstliche Intelligenz. Sie nützt Big Data, um diese Maschinen lernen zu lassen. Daraus entstehen immer feinere Lernalgorithmen, die dem Leistungsvermögen des menschlichen Gehirns überlegen sind. Maschinelles Lernen ermögliche, so de Witte, neue Einblicke in Krankheitsbilder – gerade in der Bildgebung und Bilderkennung. IBM hat für Smartphones ein Melanom-Screening entwickelt, das die Hautkrebszellen besser erkennt als Dermatologen. Das Ziel sei aber nicht, Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen, sondern dass Mensch und Algorithmus zusam-



menarbeiten. Algorithmen sollten Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen und die Diagnostik- und Behandlungsqualität verbessern. De Witte blickt am Ende des ersten Teils seines Referates noch einmal nach Afrika. Die technologische Innovation ist mittlerweile soweit fortgeschritten, dass Frauen dank einem Bildgebungsverfahren auf das humane Papillomvirus untersucht werden können. Neben der Kamera brauche es nur ein Smartphone und eine Internetverbindung, führt de Witte aus. Kosten für die Untersuchung: fünf Cent. Und als Nebenprodukt der flächendeckenden Untersuchungen baue sich das Krebsregister nahezu von alleine auf.

Plattformökonomie

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens erfordere, so De Witte, eine neue Denkweise: das Denken in Plattformen. Plattformen lösen die unsichtbare Hand als Organisationsprinzip des Marktes mehr und mehr ab. Das erfordere neue Unternehmensstrategien. Vernetztes Denken und die Fähigkeit, mit Netzwerken spielen zu können, werde immer wichtiger. Wer auf überraschende Weise einfach ist, werde Kunden auf seine Plattform locken und Kon-

Patientendaten sind künftig integraler Bestandteil der medizinischen Diagnostik und bilden die Basis für die Betreuung und Therapieüberwachung der Patienten, ist Gründer und Leiter des Think Tank W.I.R.E Dr. Stephan Sigrist überzeugt.



kurrenten hinter sich lassen. De Witte beschreibt das Bild einer positiven Endlosschleife: Mit jedem neuen Nutzer auf der Plattform, steige der Mehrwert für die bestehenden Kunden. Dadurch fließen neuen Daten in die Plattform, was dem Betreiber erlaubt, den Algorithmus zu verbessern, um noch mehr neue Kunden anzulocken. Plattformökonomie und bestehende medizinische Versorgungsstrukturen schliessen sich aber nicht aus, ist de Witte überzeugt. «Es gilt die aktuelle Forschung, das medizinische Fachpersonal, das vorhandene medizinische Fachwissen sowie die Patientennetzwerke gezielt zu nutzen». De Witte präsentiert zum Schluss seines Referates, wie IBM Deutschland Spitäler auf ihrem Weg zur Plattform unterstützt. IBM Deutschland ist mit dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein eine Partnerschaft eingegangen und hat einen Innovation Hub gegründet. Der Hub soll als Marktplatz für digitale Innovationen dienen und eigene Projekte wie die Roboterchirurgie oder die tastaturlose Klinik vorantreiben.

Digitales Manifest für die Schweiz

Ist die Schweiz, ist Europa auf diese industrielle Revolution vorbereitet? Fathi Derder, FDP-Nationalrat und Vorstandsmitglied von DigitalSwitzerland, zeichnet ein zwiespältiges Bild der Schweiz. Zwar liege sie im aktuellen Ranking des Global Innovation Index auf der Spitzenposition, doch die Schweiz stelle im internationalen Vergleich zu wenig Risikokapital bereit, um junge, innovative Startups zu finanzieren. Dabei müsse die Schweiz – mangels Alternativen – konsequent auf Innovation, Wissen und Forschung setzen. Deshalb habe DigitalSwitzerland, der von Bundesrat und Wirtschaft unterstützten Standortinitiative, ein digitales Manifest verfasst, so Derder. Um die besten Talente in die Schweiz zu locken, brauche es mehr Risikokapital, höhere Forschungsbudgets und weniger Regulierungen für Firmengründungen.

Den rund 400 Kongressteilnehmenden im Kursaal Bern ist ein abwechslungsreiches Programm geboten worden. Neben spannenden Plenumsreferaten seien auch die neuen interaktiven Knowledge Lounges auf positives Echo gestossen. Sie hätten zu mehr Dialog und Interaktion zwischen Teilnehmenden und Experten geführt, als dies bei den bisherigen Workshops möglich war, hält der Veranstalter auf Nachfrage fest. Er zieht ein positives Fazit: «Der H+ Kongress 2017 war ein Erfolg.»

Im Gedenken an Hans-Ueli Würsten



Unser ehemaliger Präsident und langjähriges Vorstandsmitglied, Hans-Ueli Würsten, ist letzten Sonntag in seinem 69. Altersjahr überraschend verstorben. Seit 2002 war Würsten beim VLSS in zahlreichen Funktionen tätig – zuerst als Mitglied des Kantonalvorstands und später als Vizepräsident. Zehn Jahre lang stand er dem Verein als Präsident vor (von 2004 bis 2010 und 2014 bis 2016). Als Vertreter des VLSS nahm Hans-Ueli Würsten zugleich in zahlreichen standespolitischen Gremien Einsitz. Besonders stark engagierte er sich in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Hans-Ueli Würsten war ab 2007 Vorstandsmitglied des Schweizerisches Institutes für ärztliche Fort- und Weiterbildung SIWF.

Für seine jahrzehntelangen Verdienste wurde Hans-Ueli Würsten 2016 zum Ehrenmitglied des Vereins ernannt. Er praktizierte während rund 20 Jahren am Spitalzentrum Biel als Leitender Arzt Chirurgie für Gefäss- und Thoraxchirurgie. Mit dem Tod von Hans-Ueli Würsten verliert der VLSS nicht nur ein engagiertes und kompetentes Vereinsmitglied, sondern auch eine hochgeschätzte Persönlichkeit und kritische Stimme.

Der Verein der Leitenden Spitalärzte wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren. Seiner Frau und seinen Töchtern sprechen wir unser tiefes Mitgefühl aus.

Die Geschäftsleitung des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz

Karl-Olof Lövblad	Thomas Eichenberger	Markus Gubler
Präsident VLSS	Geschäftsführer VLSS	Leiter Sekretariat VLSS

Neumitglieder

Dr. med. Barata Armenio 2802 Develier
Dr. med. Burkhart Christoph Simon Kantonsspital Graubünden
Dr. med. Cao Claude Klinik Hirslanden, Zürich
Dr. med. Dürr Donat Zuger Kantonsspital AG
PD Dr. med. Ebnetter Andreas Inselspital, Bern
Dr. med. Genewein Eva Maria Bürgerspital Solothurn
Dr. med. Klenk Joachim Siloah AG, Gümliigen
Dr. med. Kuther Markus Kantonsspital Münsterlingen
Dr. med. Knecht Margrith Schulthess Klinik, Zürich
Dr. med. Möhr Peter Wädenswil
Dr. med. Schmid Roger Spitalzentrum Biel AG, Biel
Dr. med. Takacs Istvan Kantonsspital Baden
Dr. med. Zweifel Martin Spitalzentrum Biel AG, Biel

Kontakt

Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
Sekretariat Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8
T +41 (0)31 330 90 01 | F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch | www.vlss.ch

Führung und Management für Ärztinnen und Ärzte



Führen und Positionieren – in dieser Seminarreihe eignen sich Kaderärztinnen und Kaderärzte Methoden an, um ihren Fachbereich oder ihre Klinik souverän und erfolgreich zu führen und im Wettbewerb zu positionieren. Sie erhalten Konzepte zur Arbeit in Projekten, erfahren mehr über betriebswirtschaftliche Hintergründe sowie ökonomische Zusammenhänge und können diese im Alltag gezielt und nutzbringend umsetzen.

Die achttägige Fortbildung ist vom SIWF und FMH anerkannt. Teilnehmende erhalten 25 Credits. Die Kurskosten belaufen sich auf 4'880 Franken (inkl. Dokumentation, Mittagessen und Pausenverpflegung).

Start: Mittwoch, 21. Februar 2018 in Aarau.
Der Anmeldeschluss ist 30 Tage vor Seminarbeginn.

Mehr unter: www.hplus-bildung.ch/lehrgaenge-und-seminare/fuehrung-und-management-fuer-aerztinnen-aerzte-fmm/fmm-181-fmh