

**...it all started as a strategic vision of the council of foundation of the endowment Lindenhof Bern:**

***Persönliche Gedanken zur Lindenhofprofessur für Gesundheitssystemforschung***

***Eine strategische Vision***

***B. von Fischer***

## **Lindenhof Stiftungsprofessur für Gesundheitssystemforschung im Sozialen Raum**

### **Eine strategische Vision der Stiftung Lindenhof Bern**

Berchtold von Fischer

#### **1. Vorbemerkung**

Die Stiftung Lindenhof Bern möchte im Rahmen ihrer Strategie eine Lindenhof Stiftungsprofessur für Gesundheitssystemforschung im Sozialen Raum vorschlagen. Der Autor dieser Skizze ist Vizepräsident des Stiftungsrates, langjähriger Belegarzt und Mitglied einer Kindes- und Erwachsenen-Schutz Behörde (KESB) seit Ende 2012.

Diese Schrift entstand nach grundlegenden Diskussionen mit den Kolleginnen und Kollegen des Stiftungsrates betreffend der eingangs erwähnten Lindenhof Stiftungsprofessur an der Universität Bern.

## 2. Einleitung

Im Gesundheitswesen angesiedelte Berufe unterliegen einem steten Wandel; es gilt, sich zu neuen Funktionen Gedanken zu machen. Im Kapitel 3 dieses Papiers wird ersichtlich, dass künftig auch soziologische Aspekte – dargestellt am Beispiel der Arbeiten von Martina Löw über den Sozialen Raum – in unsere Überlegungen einbezogen werden müssen. Aus dem Konzept des Sozialen Raums ist eine Vision entstanden, welche für künftige Strategien eines im Gesundheitswesen tätigen Unternehmens von grosser Wichtigkeit sein kann.

### **Stiftung Lindenhof Bern**

Die Stiftung Lindenhof Bern steht unter Aufsicht der Eidgenossenschaft und ist mit dem Schweizerischen Roten Kreuz partnerschaftlich verbunden. Ihre Grundsätze sind menschenbezogen, gemeinnützig, freiheitlich und eigenverantwortlich. Sie bietet über ihre Spitäler qualitativ hochstehende stationäre und ambulante Gesundheitsdienstleistungen zu Gunsten aller Bevölkerungskreise an. Sie verpflichtet sich zur Förderung von ärztlicher und nichtärztlicher Bildung, Lehre und Forschung, zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie von eigenen aktiven und ehemaligen Mitarbeitenden in finanzieller Not. Auch die Erfüllung humanitärer Aufgaben und Projekte im In- und Ausland bildet einen Schwerpunkt des Engagements. Die Stiftung ist Alleinaktionärin und damit Eigentümerin der Lindenhofgruppe in Bern, bestehend aus dem Engeried- Lindenhof- und Sonnenhofspital. Weiterführende Informationen finden Sie unter [www.stiftunglindenhof.ch](http://www.stiftunglindenhof.ch)

Aus dem ursprünglichen Namen „Rotkreuzstiftung für Krankenpflege Lindenhof Bern“ geht hervor, dass die Kernaufgabe der Stiftung Lindenhof Bern seit Anfang des letzten Jahrhunderts in der Schulung von Pflegefachpersonen lag. Der Spitalbetrieb war damals lediglich Mittel zum Zweck; heute ist die Stiftung Lindenhof Bern Eignerin von drei im Akutbereich tätigen Spitälern. Die ehemalige Schule für Krankenpflege ihrerseits wurde wie alle Schulen für Diplompflege im Kanton Bern 2007 in das Berner Bildungszentrum Pflege integriert, welches der Erziehungsdirektion des Kantons Bern unterstellt ist.

Im Gegensatz zu staatsnahen Spitälern, finanzieren sich die Spitäler der Lindenhofgruppe grösstenteils selbst. Die steuerbefreite Stiftung Lindenhof Bern setzt den resultierenden Ertrag im Sinne des Rotkreuzgedankens für humanitäre und gemeinnützige Aufgaben ein – dies im Gegensatz zu Institutionen, welche Shareholdern verpflichtet sind.

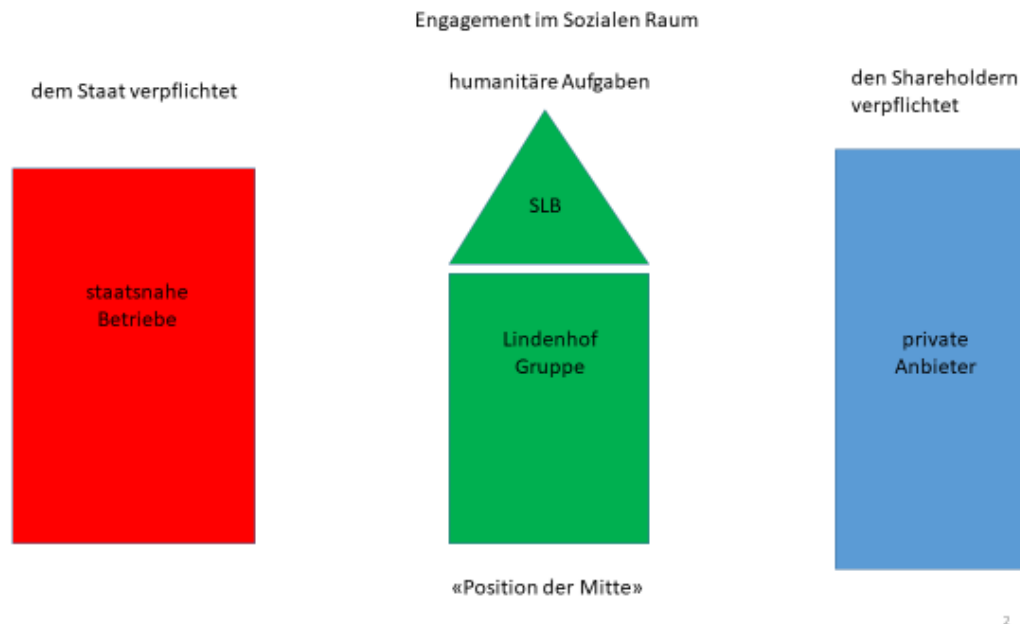


Abbildung 1: Positionierung verschiedener Spitaltypen

Die „Position der Mitte“ ermöglicht viele humanitäre Projekte und beruht auf folgendem Zweckartikel der Stiftung Lindenhof Bern:

- Spitäler als vernetzte Erbringer von qualitativ hochstehenden stationären und ambulanten Gesundheitsdienstleistungen zu Gunsten aller Bevölkerungskreise zu betreiben oder betreiben zu lassen;
- Ärztliche und nichtärztliche Bildung, Lehre und Forschung zu fördern;
- Erwerb und Veräusserung von Beteiligungen;
- Erwerb und Veräusserung von Grundstücken und Immobilien;
- Ausgewählte humanitäre Aufgaben und Projekte im In- und Ausland, vorwiegend des SRK, mit Schwerpunkt Gesundheitswesen zu unterstützen;
- Rotkreuz-Krankenschwestern und -Krankenpfleger Lindenhof Bern, die infolge ihres Alters oder einer Krankheit arbeitsunfähig geworden sind, bei Bedürftigkeit zu unterstützen.

Ab 2012 hat der Stiftungsrat die zur Verfügung stehenden Mittel über fünf Tätigkeitsfelder humanitären und gemeinnützigen Zwecken zugewendet; es handelt sich dabei um den «Fonds Lehre und Forschung», den «Fonds Gesundheit Lindenhof», den «Fonds Bildung und Unterstützung», die Forschung AG Campus Stiftung Lindenhof Bern Sonnenhof und die Lindenhofstiftungsprofessur für Psychiatriepflege an der Berner Fachhochschule.

Die Diskussion über die Mittelverwendung ist auch ein Diskurs über die Mittel- und Machtverteilung im Sozialen Raum und für ein im Gesundheitswesen tätiges Unternehmen von grosser Bedeutung; sie macht visionäre Ideen und Strategien unabdingbar.

### **3. Der Soziale Raum**

Für uns ist klar, was ein Raum ist – aber was ist ein «Sozialer Raum»?

Die folgenden Zeilen werden den zitierten, komplexen und vielschichtigen Werken nicht ansatzweise gerecht und lehnen sich nur bruchstückhaft an ihre Argumente an.

Eine vertiefte Auseinandersetzung mit ihren Argumenten ist also überaus empfehlenswert.

Hier geht es um die Kontroverse des Raumdenkens zwischen Physik und Soziologie. Der Physikalische Raum ist messbar und definiert. Der Raum ist leer, halbleer oder voll (absolutistisches Raumkonzept). Dem steht die relativistische Theorie gegenüber, welche den Raum als Anordnung von belebten Körpern sieht. Der Raum wird hier beispielsweise durch die Beziehungsverhältnisse von Menschen definiert. Die Soziologin Martina Löw entwickelte aus dieser Theorie das relationale Raummodell. In diesem Modell sind Lebewesen, soziale Güter, Erinnerungen oder Vorstellungen in einer sozialen Struktur angeordnet.

Raum bedeutet auch Wohnraum und wird zum Beispiel von Jan Zychlinski, Dozent an der Berner Fachhochschule, in seinem Referat «*Wohnen, ein Beitrag zum guten Leben*» dargestellt. Er zeigt, wie Armut und Wohnen immer mehr individualisiert und privatisiert werden.

Die Theorie des Sozialen Raumes dient gemäss den Überlegungen von Pierre Bourdieu auch der Darstellung von sozialen Strukturen. Es werden auch Verteilmuster von Besitz untersucht und dabei zwischen individuellem und

gesamtgesellschaftlichem Kapital unterschieden. Der soziale Raum wird analysiert, indem beispielsweise die Vermögensverteilung bezüglich Geschlecht, Alter, Nationalität und Ethnie untersucht wird.

Resultate solcher Studien werden in Diskursen vermittelt. Im Diskurs wird erwogen, abgewogen, verworfen und wieder aufgenommen; in der Diskursanalyse werden Technik und Regeln zu diesem vermittelnden Denken niedergelegt.

Traditionell sind solche Diskurse in Spitälern nicht vorherrschend; hier bestimmen naturwissenschaftliche Denkweisen die medizinische Ausrichtung. These, genaue Versuchsanordnung, Experiment, Resultaterfassung, statistisch-mathematische Analysen, Schlussfolgerungen und Bestätigung der Resultate in zukünftigen Studien sind hier das Paradigma.

Somit beobachten wir im Gesundheitswesen eine Schnittstelle zwischen Geisteswissenschaften wie Soziologie, Philosophie und Theologie einerseits und Naturwissenschaften wie Physik, Chemie und Biologie andererseits. Wer diese Schnittstelle verstehen will, muss sich also auch mit soziologischem Gedankengut auseinandersetzen.

Der Stiftungsrat ist in den Diskurs über solche Fragen unter Beziehung soziologischer Literatur eingetreten und hat sich Gedanken zur Psychiatriepflege gemacht. Gerade die Psychiatrie ist ein Anknüpfungspunkt zur Soziologie von Michel Foucault; seine Betrachtungen sind auch für naturwissenschaftlich Denkende faszinierend. Foucault interessierte sich für randständige Menschen, für Gefangene, für psychisch Kranke und deren Rolle in der Gesellschaft; in seinem Werk spielen die besonders Verletzlichen eine wichtige Rolle. Diese Denkweise ist auch unter dem Begriff «postmodern/poststrukturalistisch» bekannt.

Demgegenüber stehen die Ansichten von namhaften Naturwissenschaftlern wie Alan David Sokal. Im Buch «*Fashionable Nonsense, postmodern intellectuals' abuse of science*» beschreibt er einen später als «Sokal-Affäre» bezeichneten Streich (1996). Es handelt sich dabei um eine Parodie auf die Denkweisen der vor allem in Frankreich populären Sozialwissenschaftler, eine Publikation, welche trotz ihres äusserst fraglichen Inhaltes in der renommierten Zeitschrift «*Social Text*» kritiklos veröffentlicht wurde («*Transgressing the Boundaries: Toward a Transformative Hermeneutics of Quantum Gravity*»).

Ähnliche Kritik üben Paul R. Gross und Norman Levitt in ihrem Buch *“Higher Superstition, the academic left and its quarrels with science”*: « ...a public response was clearly needed. Even the silliest criticisms of science, dressed up as social analysis, hermeneutics, or emancipatory politics, were going largely unanswered».

Im Sozialen Raume spielen Migration, Integration, Demographie und die Finanzen eine prägende Rolle. Die Forderung nach «Gesundheit für alle» ist längstens unüberhörbar.

Der Stiftungsrat ist der Ansicht, dass er sich mit diesen vom Gesundheitswesen oft abgegrenzten Aspekten auseinandersetzen soll und will.

#### 4. Schnittstellen der Stiftung Lindenhof Bern zum Sozialen Raum

Schnittstellen, Stand Frühjahr 2018:

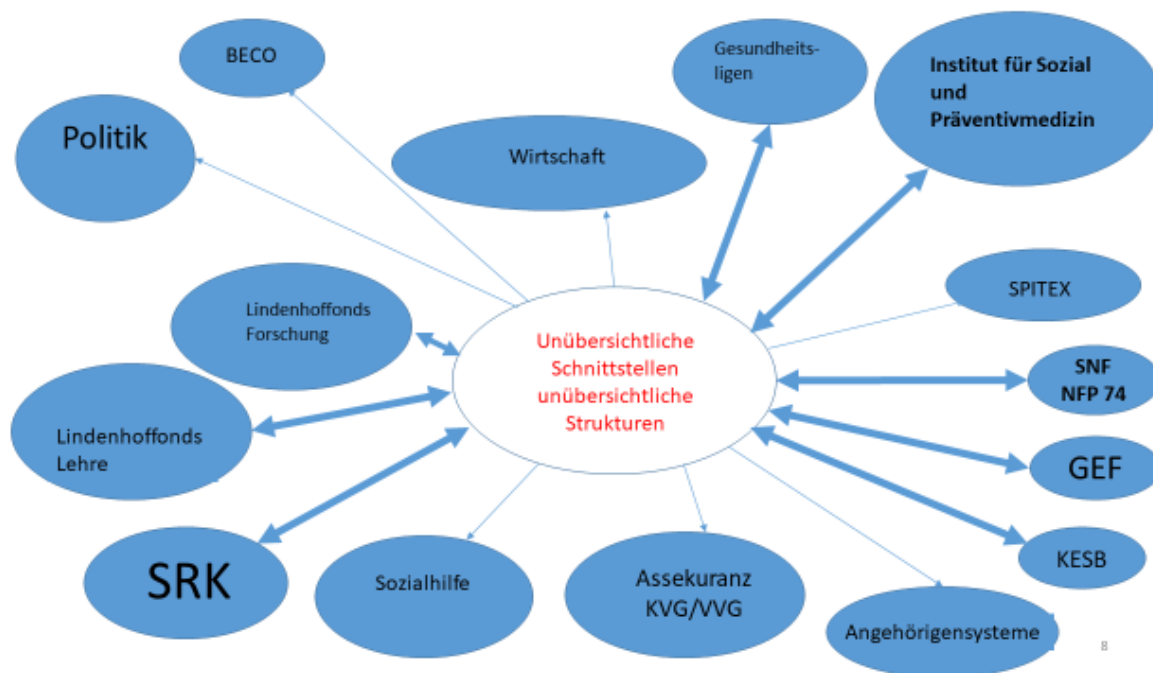


Abbildung 2: Positionierung der Stiftung Lindenhof Bern mit den Schnittstellen zum Sozialen Raum

##### Politik:

Die Kosten für das Gesundheitswesen haben im Sozialen Raum mittlerweile gigantische Ausmasse angenommen. Überbelastet sind das Privatbudget des einzelnen Bürgers, die Haushalte der Kantone und die Aufgaben auf

Bundesebene. Rationierung, Rationalisierung und Ethik sind längst Gegenstand von allgemeinen Diskussionen. Die Allokation von finanziellen Mitteln wird zum Hauptthema.

In diesem Zusammenhang gibt es in Deutschland das Institut für Medizinsoziologie, das die Themen Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft bearbeitet und Ansprechpartner für die Bundesregierung ist.

In der Schweiz fehlen universitäre Ansprechpartner auf dem Gebiet der Medizinsoziologie für die eidgenössischen Behörden. Die ewig gleichen Interessenverbände tragen zur einer Patsituation bei, die mittlerweile zu einem paralysierten Dauerzustand geworden ist. Die Unübersichtlichkeit der Strukturen des Gesundheitswesens tritt in der Versorgungsforschung auch in der Schweiz deutlich zu Tage. Das Projekt des *Schweizerischen Nationalfonds (SNF) NFP 74* befasst sich eingehend und breit abgestützt mit diesen Fragen.

Mit der strategischen Vision eines nachhaltigen Engagements im Sozialen Raum hat der Stiftungsrat der Stiftung Lindenhof Bern ein gesellschaftliches Thema angeschnitten. Die interdisziplinäre und auch interfakultäre Forschung über Gesundheitssysteme im Sozialen Raum ist ein vielversprechender Weg eine universitäre Gesamtschau zu schaffen. Aus diesen Gründen ist die Stiftung Lindenhof Bern zur Überzeugung gelangt, eine Stiftungsprofessur in diesem Rahmen zu finanzieren.

Verschiedene Vorgespräche haben ergeben, dass das *Institut für Sozial- und Präventivmedizin* der Universität Bern ein idealer Partner für die Projektarbeit einer solchen Stiftungsprofessur ist. Prof Thomas Abel und der Institutsleiter Prof Matthias Egger heben im Rahmen eines Vorprojekts die Sondierungs- und Grundlagenarbeiten in Angriff genommen.

#### *Inselspital, Universitätsspital Bern:*

Für die Stiftung Lindenhof Bern und ihre Spitäler Lindenhof, Sonnenhof und Engeried hat eine enge und gute Zusammenarbeit mit dem Inselspital und mit der medizinischen Fakultät der Universität Bern hohe Priorität. Der Erfolg des Medizinalstandortes Bern basiert auf einem respektvollen gegenseitigen Umgang der einzelnen Partner. Der von der Politik vorgegebene Wettbewerb darf das Klima von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen nicht beeinträchtigen.

### *Schweizerisches Rotes Kreuz:*

Die Stiftung Lindenhof Bern war ehemals ein Organ des Schweizerischen Roten Kreuzes; heute besteht eine enge Partnerschaft. Der «Fonds Gesundheit Lindenhof» unterstützt mit jährlich rund 3 Millionen CHF Rot-Kreuz-Projekte im In- und Ausland sowie das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer. Ferner ist eine Zusammenarbeit bezüglich verwaister peripherer Arztpraxen vorgesehen.

Qualitativ hochstehende Freiwilligenarbeit bildet eine traditionelle Allianz mit dem Schweizerischen Roten Kreuz. Anlässlich des Workshops «Gesundheit für alle - das gemeinsame Potential nutzen» wurde deckungsgleich mit der Vision des Stiftungsrates der Stiftung Lindenhof Bern die grösste Verletzlichkeit in unserer Gesellschaft bei den psychisch kranken Menschen vermutet.

### *Erziehungsdirektion des Kantons Bern und Berner Fachhochschule:*

Seit über hundert Jahren engagiert sich die Stiftung Lindenhof Bern im Sinne des ursprünglichen Stiftungszweckes in der Aus – und Weiterbildung der Pflegeberufe. Anknüpfend an diese Tradition strebt der Stiftungsrat eine enge Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule an. Am 5.2.2018 wurde der Vertrag betreffend Finanzierung, Aufbau und Etablierung der „Lindenhofprofessur für Psychiatriepflege“ im ambulanten Setting unterzeichnet. Gespräche mit der Erziehungsdirektion sind in diesem Zusammenhang erfolgt.

### *BIHAM (Berner Institut für Hausarzt Medizin)*

Mit dem BIHAM besteht eine noch ausbaufähige Kooperation in Form einer allseits beliebten Rotationsstelle für angehende Hausärztinnen und Hausärzte auf den Gebieten Notfallmedizin und Radiologie, mit Schwerpunkt Ultraschall. Für diese Stelle leistet die Stiftung Lindenhof Bern eine Anschubfinanzierung und unterstreicht damit ihr Anliegen, die Hausarztmedizin zu unterstützen.

### *Forschung:*

Im weiten Feld der qualitativen und quantitativen medizinischen Forschung beteiligt sich die Stiftung Lindenhof Bern seit 2012 mit beträchtlichen Mitteln an wissenschaftlichen Projekten. Aus der Vergabepaxis kristallisieren sich denn auch strategische Allianzen heraus.



### *Beco Berner Wirtschaft:*

Wie für die Berner Wirtschaft ist auch für die Stiftung Lindenhof Bern die Schnittstelle zum Medizinalstandort Bern ausserordentlich interessant. In diesem Sinne wird die Gründung des Forschungszentrum Sitem Insel AG sehr befürwortet. Der Stiftungsrat steht in Kontakt mit den Initianten und ist bereit, das Projekt finanziell zu unterstützen, sofern eine angemessene Mitsprache möglich ist.

### *Gesundheitsligen:*

Vor allem mit den gut organisierten Gesundheitsligen bestehen Ansätze für eine ausgezeichnete Zusammenarbeit zum Wohle der Kranken. Hier besteht ein grosser Handlungsspielraum, der unbedingt genutzt werden soll. Auf leitender und administrativer Ebene zeigt sich ein erfreuliches Klima des gegenseitigen Verständnisses.

### *GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern)/BAG (Bundesamt für Gesundheit):*

Mit dem Direktor der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern werden regelmässige, konstruktive Gespräche geführt, welche bisher allerdings kaum über die Diskussion des Leistungsangebotes der Spitalgruppe Lindenhof AG hinausgingen. Hier bestünde seitens Stiftung Lindenhof Bern natürlich grösstes Interesse daran, Fragestellungen aus dem Sozialen Raum gemeinsam zu bearbeiten.

Mit Interesse beobachtet die Stiftung Lindenhof Bern die Aktivitäten des BAG auf dem Gebiet der Prävention, einem wichtigen Thema im Sozialen Raum (Abb.3).

### *KESB (Kindes- und Erwachsenenschutz):*

Das Gesundheitswesen im engeren Sinn pflegt mit der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde nur einen sehr begrenzten und oft schwierigen Austausch - ein Manko, das sich bei der Betreuung von Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit und der Implementierung von Patientenverfügungen negativ auswirkt. Hier besteht Handlungsbedarf an den

Schnittstellen zwischen Sozialdiensten, Case Management, Spitälern und weiteren Dienstleistern im Gesundheitswesen.

#### *Angehörige, Spitexorganisationen und Sozialhilfe:*

Hier gilt Ähnliches wie beim Kindes- und Erwachsenenschutz. Die verkürzte Hospitalisationsdauer überlässt Frühentlassene ihrem Schicksal und somit den Angehörigensystemen, der Spitex, der Sozialhilfe und weiteren Dienstleistern im Gesundheitswesen, welche oftmals überfordert, nicht genügend ausgebaut und unterfinanziert sind. Hier bestehen Schnittstellen mit grossem Nachholbedarf.

#### *Angehörigensysteme:*

Traditionell lastet auf den Angehörigennetzwerken eine grosse Last. Insbesondere Töchter von betagten Eltern reduzieren ihr Arbeitspensum, um familiären Verpflichtungen nachzukommen. Mit fortschreitender Lebensdauer der betreuten Betagten dauert diese Hilfestellung Jahre, wenn nicht Jahrzehnte. Folgen der Überlastung sind schlechte Gesundheit und psychische Probleme. Finanziell werden die Helfenden gar doppelt bestraft, indem sich das reduzierte Arbeitspensum auf die eigenen AHV-Leistungen niederschlägt und die aufopfernde Arbeit oft nicht abgegolten wird. Angehörige kennen die Bedürfnisse der eigenen Eltern häufig sehr gut und fühlen sich oft im Stich gelassen; eine positive Gesprächskultur mit begleitenden Medizinalpersonen schon während des Spitalaufenthaltes würde viel zur Entschärfung dieser Probleme beitragen. Die finanzielle Unterstützung dieser Personen ist zudem ein Politikum erster Güte.

#### *Versicherungen:*

VVG, KVG, Tarmed: die Komplexität ist bestens bekannt und der Fragen sind viele; nur noch Spezialisten können Übersicht bewahren. Intransparenz, ungebremste Teuerung, Verteilkampf, Unsachlichkeit und Frustration prägen die Diskussion.

Abbildung 3 zeigt die Folgen der «Kompression» der Liegedauer von Patientinnen und Patienten im Spital für die Wertschöpfungskette. Die Verkürzung der Hospitalisationsdauer führt bloss zu einer Umverteilung der

Kosten; sie steigen stetig. Dass Eingriffe, welche man zuvor stationär durchführte, heute ambulant gemacht werden, ist eine an sich sinnvolle Entwicklung. Sie wird aber durch die Tatsache gebremst, dass der kantonale Kostenträger nur bei stationären Aufenthalten einen Kostenbeitrag leisten muss. Prävention, Spit-in und spit-ex sind deutlich unterfinanziert.

Ferner besteht in einem stark regulierten System die Versuchung, durch Drosselung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen eine Warteliste entstehen zu lassen, welche gesundheitsökonomisch und ethisch gewaltige Auswirkungen hat. Privilegierte Zugänge zu den Leistungen könnten durch Abschluss besonderer Versicherungen garantiert werden. Schon alleine in der spit-in Phase ist somit eine Zweiklassenmedizin vorprogrammiert.

Falsche finanzielle Anreize sollten bekämpft werden; zudem sollte jede Versicherung – analog zur SUVA - den gesamten Krankheitsfall vom Krankheitsanfang bis zur Wiederaufnahme der Arbeit decken und nicht nur die Zeit im Spital.

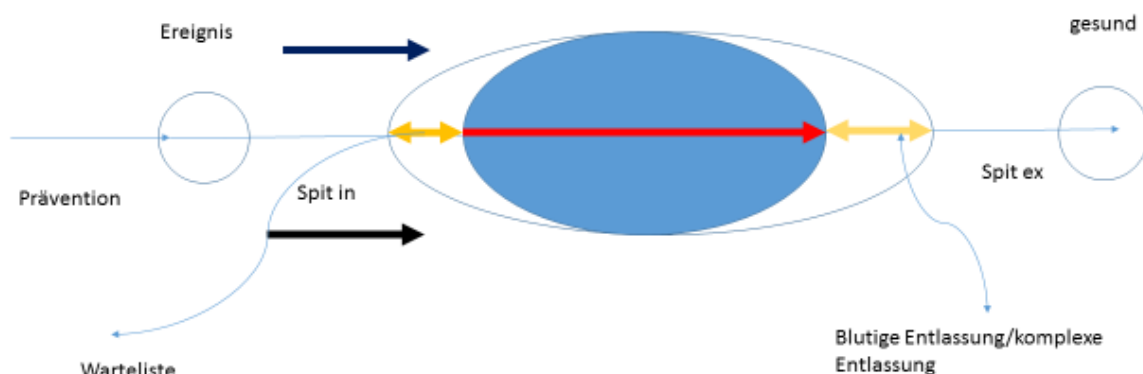


Abbildung 3: Die Kompression der Hospitalisation und ihre Folgen für die Kosten

## 5. Patientenpfade

Das gut definierte klinische Gesundheitssystem ist gegenüber dem Sozialen Raum abgekapselt und nur temporär für das einzelne Schicksal zuständig. Was sich vor und nach diesem umschriebenen klinischen Raum abspielt, ist von geringem Interesse und finanziell stark vernachlässigt.

Abbildung 4 zeigt neun verschiedene Patientenpfade, welche in der Folge beleuchtet werden.

**Pfad 1:** Verwaiste Praxen werden häufiger. Die Triage entfällt und vulnerable Menschen fallen durch die Maschen der Gesundheitsversorgung.

**Pfad 2:** Sans-Papiers und vulnerable Migrantinnen und Migranten haben, ähnlich wie im Pfad eins, keine Ansprechpartner, wenn sie nicht das Glück haben, vom Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer aufgefangen zu werden. Auch diese Menschen fallen durch das Netzwerk der Gesundheitsversorgung.

**Pfad 3:** Fortschrittliche medizinische Technologie, gepaart mit kostenbewusster Eigenverantwortung, guter Indikationsstellung und exzellenter Patientencompliance zeichnen diesen Pfad aus. Man ist versucht zu fragen, ob dies mehr die Ausnahme als die Regel ist.

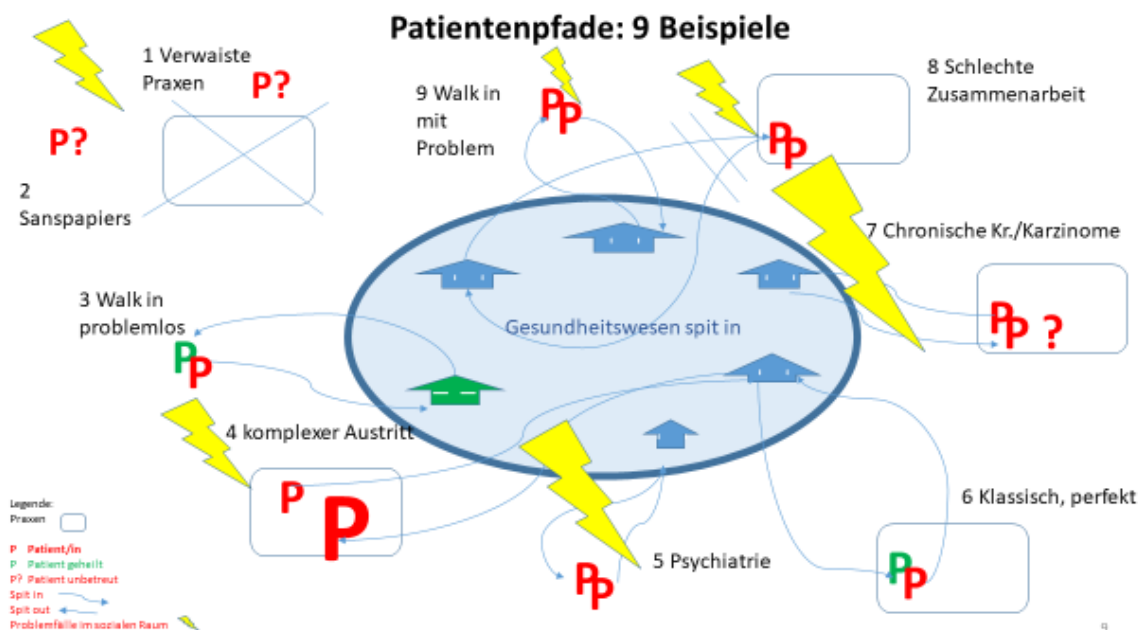


Abbildung 4: Patientenpfade

**Pfad 4:** Triage, sinnvolle Fragestellung, aber komplexe, stark komprimierte Behandlung mit überkurzer Hospitalisation. Kostspielige Weiterbehandlungen werden nicht nur zeitlich, sondern auch finanziell ausgelagert. Die den ausgetretenen, höchst fragilen Menschen übernehmenden Instanzen sind fachlich, zeitlich und finanziell überfordert.

**Pfad 5:** Tiefes soziales Prestige von psychischen Erkrankungen, mangelnde politische Begeisterung, in psychiatrische Einrichtungen zu investieren, gute Gelegenheiten, um politisch ungestraft bei der Psychiatrie zu sparen sowie eine personell unterversorgte Psychiatrie-Spitex bilden die Erklärung für die Vernachlässigung der Vulnerabelsten in unserer Gesellschaft, der psychisch Kranken. Moderne Gesellschaftsstrukturen haben wenig Platz für Alte und psychisch Kranke. Psychische Erkrankungen sind in unserer Gesellschaft stark stigmatisiert. Sie wollen nicht gesehen werden, und die Ausmasse des Problems sind statistisch schlecht belegt. Von medizinischer Seite wird das Problem oft schöngeredet. Es ist nicht erstaunlich, dass sich die Stiftung Lindenhof Bern mit der Etablierung einer Professur für Psychiatriepflege gerade für diese Menschen einsetzt.

**Pfad 6:** hier ein positives Beispiel mit gelungener Triage, sinnvoller Fragestellung, Zuweisung mit konsekutiver Behandlung, Austritt mit klaren Instruktionen für die Nachbehandlung und Weiterbehandlung in hausärztlicher Betreuung.

**Pfad 7:** Die grösste und auch teuerste, personalintensivste und anspruchsvollste Herausforderung ist der Patientenpfad sieben. Chronische Krankheiten und Krebsleiden, meist gegen das Lebensende hin, zeigen als Pendelbewegung zwischen Hospitalisation und Praxisbehandlung eine besondere Dynamik. Ausgesprochen multimorbide Patientinnen und Patienten sind für die Fallführung sehr anspruchsvoll; es ist schwierig, den Überblick zu wahren und allen Ansprüchen gerecht zu werden. Deshalb entsteht hier der Ruf nach einem übergeordneten Case Management, das den Überblick über alle Schnittstellen und mögliche Hilfen garantiert. Auch hier liegt der Verdacht nahe, dass die optimale Betreuung oft nicht erreicht wird, was ebenfalls dazu führt, dass diese Patientinnen und Patienten zwischen die Maschen des sozialen Netzes fallen.

**Pfad 8:** Mangelhafte Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärztinnen, Ärzten und Ärztegruppen und riesige Kliniken mit einem Heer von Subspezialitäten machen die Orientierung nicht nur für diese, sondern auch für die zuweisenden Stellen unmöglich. Häufig wechselnde Ansprechpartner,

Fehler bei der Kommunikation und nicht zuletzt pannenanfällige, schlecht gewartete IT-Systeme – die Opfer sind immer die Patientinnen und Patienten, welche auch hier durch die Maschen des Netzwerkes im Sozialen Raum fallen.

**Pfad 9:** Unsere Arbeitswelt ist bezüglich Terminen in der Arztpraxis restriktiver geworden, longitudinale Betreuung und Beobachtung durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt sind selten. Termine sollen in die Randstunden nach der Arbeit gedrängt werden, wenn viele Praxen bereits geschlossen sind.

Internetplattformen werden konsultiert und machen mehr Angst, als dass sie beruhigen; Bauchschmerzen werden erst dann richtig wahrgenommen, wenn die zu konsumierende Fernsehsendung zu Ende ist. Damit ist der Gang in die nächste Notfallpforte und deren hoffnungslose Überlastung vorprogrammiert. Folge davon sind Verteuerung und Qualitätsverschlechterung medizinischer Leistungen; ernsthaft Kranke warten stundenlang auf eine adäquate Behandlung.

Fazit: Krank sind wir primär «draussen» und nicht «drinnen»(stationär).

## **6. Im unmittelbaren Umfeld des Gesundheitswesens im engeren Sinn operierende Dienstleister:**

Es handelt sich hierbei um Organisationen wie Spitex, Psychiatrie-Spitex, Angehörigennetzwerke, Sozialhilfe, KESB, Gesundheitsligen, NGO und Sozialversicherungen.

Meine Erfahrung in einem gemischten KESB-Spruchkörper zeigt, dass die Zusammenarbeit zwischen diesen Organisationen gut funktioniert. Die Schnittstellen zum eng umschriebenen, nur vorübergehend zuständigen, meist spitalbasierten Gesundheitswesen sind aber vielfach problematisch. Vor allem im Bereiche der psychiatrischen Versorgung ist dieser Mangel an Zusammenarbeit deutlich sichtbar.

Es wäre eine späte, aber wichtige Erkenntnis, die Schnittstellen mit diesen Organisationen gründlich zu bearbeiten.

## 7. Neue Prozesse, Partner und Funktionen im Sozialen Raum

**Neue Prozesse:** Begleitung von Patientinnen und Patienten vor und nach der Hospitalisation sowie in komplexen Lebensphasen verlangen neue innovative Massnahmen. Die Schnittstellen zu den Angehörigennetzwerken, Spitex und den zahlreichen, in unserem Umfeld operierenden Organisationen müssen neu definiert und abgesprochen werden. Ärzteschaft und Pflege sind hier mehr denn je gefordert.

**Neue Partner:** Bei der Erarbeitung neuer Algorithmen als Ersatz der althergebrachten Patientenpfade werden sich zweifelsohne neue Partnerschaften finden, welche gepflegt werden müssen.

**Neue Funktionen:** Grundsätzlich müssen alle Aufgaben im Gesundheitswesen neu analysiert und den richtigen Funktionsträgern zugeordnet werden.

Es besteht die Vision, dass in Zukunft z.B. Advanced Nurse Practitioners (ANP) bei der Gesundheitsversorgung eine tragende Rolle spielen werden.

Die komplexe Evaluation von medizinischen Forschungsergebnissen, die Etablierung neuer Algorithmen und die entsprechende Instruktion der Funktionsträger sowie deren wissenschaftliche Begleitung muss gestärkt werden.

Neue Prozesse, neue Partner und neue Funktionen stellen für die Weiterentwicklung im Gesundheitswesen eine grosse Chance dar.

## 8. Neue Angebote im Sozialen Raum

Zum Abschluss folgen Beispiele für neue Aufgaben und Tätigkeiten im Gesundheitswesen:

- Statistische Erfassungen liegen im Argen. What is the magnitude of the problems?
- Neue Pflegefunktionen
- Stärkung von ambulanten Pflegenetzwerken
- Förderung der Angehörigensysteme und deren Einbindung vor und nach Hospitalisationen
- Moderne Algorithmen für alte Patientenpfade
- Komplexe Patientenpfade nach Kurzhospitalisationen
- Spezielle Problematik von vulnerablen, psychisch Kranken im Sozialen Raum

- Handlungsunfähige Patientinnen und Patienten
- Implementierung von Patientenverfügungen
- Die geriatrische Notfallaufnahme
- Umgang mit verwaisten Arztpraxen
- Postantibiotika-Ära
- Bearbeitung von politisch wichtigen Schnittstellen zu NGO, Politik, Assekuranz und Wirtschaft.

## 9. Ausblick

Mit der strategischen Vision eines nachhaltigen Engagements im Sozialen Raum hat der Stiftungsrat der Stiftung Lindenhof Bern ein politisches Thema angeschnitten. Die interdisziplinäre und auch interfakultäre Forschung über das Gesundheitssystem im Sozialen Raum ist ein vielversprechender Weg eine universitäre Gesamtschau zu initiieren. Aus diesen Gründen ist die Stiftung Lindenhof Bern interessiert eine **Lindenhof Stiftungsprofessur für interdisziplinäre Gesundheitssystemforschung im Sozialen Raum an der Universität Bern** zu finanzieren.

Der Stiftungsrat der Stiftung Lindenhof Bern hat der Berner Fachhochschule bereits zugesagt **eine Lindenhofprofessur für Psychiatriepflege** an der Berner Fachhochschule Departement Gesundheit zu finanzieren. Der Vertrag ist am 5.2.2018 unterzeichnet worden. Eine gemischte Expertenkommission wird die Stelle in nächster Zeit besetzen.

## 10. Literatur

Bourdieu P, *Die feinen Unterschiede, Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft (ISBN 878-3-518-28258 -8 Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt am Main, 1987)*

Foucault M, *Die Ordnung des Diskurses (ISBN 3-596-10083-6 Fischer Verlag, 9. Auflage, Frankfurt am Main, Juli 2003)*

Gross P, Levitt N, *Higher Superstition, the academic left and its quarrels with science (ISBN 0-8018-57707-4 The Johns Hopkins University Press Baltimore and London, 1998)*

Löw M, *Raumsoziologie (ISBN 978-3-518-29106-1 Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 9. Auflage, Frankfurt am Main, 2017)*



Schweizerisches Rotes Kreuz, Workshops, „*Gesundheit für alle - das gemeinsame Potential nutzen*“, Thun 2017

Sokal A, Bricmont J, *Fashionable Nonsense, postmodern intellectuals' abuse of science* (ISBN 978-0-312- 20407-5 Picador, Science/Philosophy New York, N.Y.,1998)

Stiftung Lindenhof Bern, *Statuten Bern* 2012

Zychlinski J, «*Wohnen ein Beitrag zum guten Leben*», Vortrag Bürgerliches Sozialzentrum Januar 2017, Bern)

## **11. Verzeichnis der Abbildungen**

Abbildung 1: Positionierung verschiedener Spitaltypen (Seite 2)

Abbildung 2: Positionierung der Stiftung Lindenhof Bern mit den Schnittstellen zum Sozialen Raum (Seite 4)

Abbildung 3: Die Kompression der Hospitalisation und ihre Folgen für die Kosten (Seite 9)

Abbildung 4: Patientenpfade (Seite 10)

Bern, Dezember 2018