



Leitartikel

Was bringt die Zukunft der Arztpraxis?

DoXMedical berichtete in der Ausgabe 6/o8 über die Demontage des ärztlichen Berufsstandes. Das Thema soll hier erneut aufgegriffen und weiter ausgeführt werden, mit einem Blick in die Zukunft: Es geht darum, wie DRG und die Wirtschaftskrise zu einer Mehrklassenmedizin und zum Fall des Tarifschutzes führen können.

Julian Schilling

Nicht nur der Klimawandel und die Finanzkrise, auch die weiterhin sinkende Attraktivität des Arztberufes lassen viele Praxisärzte über die Welt von morgen nachdenken. Zusammengefasst betreffen die Problemfelder die weiterhin sinkenden Verdienstmöglichkeiten bei hohem persönlichem und zeitlichem Einsatz sowie die eindeutig verschlechterte «Work-Life-Balance». Die sinkenden Margen in den Bereichen Taxtpunktwerte, Selbstdispensation oder Labor, Ärztestopp, Einführung von Diagnosis

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- The Day After Tomorrow – Gedanken nach dem 1. April 2009 5
- **unsinnapse** 9
Operationsaal-Normen und Good operating practice (GOP): Update aus Seldwyla?
- Unterstützung für Ärzte in der Betreuung ihrer Herzinsuffizienz-Patienten 10
- Leserbrief 13
- Kulturtipps 14

Editorial

Swiss DRG's JA – aber Kostenneutralität NEIN!

Dr. Lukas Wagner, Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland

Mit dem neuen Spitalfinanzierungssystem DRG, das in etwa zwei Jahren flächendeckend eingeführt werden soll, werden Spitalleistungen nicht mehr nach Aufenthaltsdauer, sondern nach Diagnose abgerechnet (DRG = Diagnosis related groups). Die beabsichtigte Reduktion der Spital-Leistungen führt zu einer markanten Zunahme der ambulant zu erbringenden Leistungen. Eine geballte Ladung

Mehrarbeit wartet auf alle dort Tätigen, nicht nur die Ärzte. Diese kann nie und nimmer «kostenneutral» erbracht werden. Die ambulant tätigen Ärzte fordern eine angemessene Erhöhung des Budgets für diesen Sektor. Es kann nicht sein, dass das Kostenvolumen der ambulanten Medizin gedeckelt, sprich ein Globalbudget eingeführt wird unter gleichzeitiger Zunahme der Arbeitslast. Eine Tarifenkung wäre die Folge. Das nehmen wir nicht hin. Die Ärzteschaft verlangt eine Begleitforschung bei der Einführung des DRG-Systems, welches auch die Kostenverschiebungen verfolgt. Unsererseits wurde dazu ein eigens entwi-

ckeltes Beobachtungsinstrument entwickelt mit dem energiegeladenen Namen DINAMO, was für «Diagnose-NACHfrage-MORbidität» steht. Es erlaubt den Nachweis der Sektorverschiebung mit einfachsten Mitteln auf der üblichen Tarmed-Rechnung. Das beste Nachweissystem nützt aber nichts, wenn der Verschiebung nicht auch die Finanzströme nachfließen. In diesem Sinne sei dem höchst interessanten Leitartikel von Herrn PD Dr. Julian Schilling «Was bringt die Zukunft der Arztpraxis?» Ihre Aufmerksamkeit gewidmet. Wir sind gespannt auf Ihre Reaktionen!

Related Groups (DRG) im Spitalbereich, Überregulation, unnötige Kontrollen und Konkurrenzdenken im Gesundheitswesen behindern die freie ärztliche Tätigkeit massiv.

DRG: Konsequenzen der Pauschalen

Besonders die Einführung von DRG wird die Verdienstmöglichkeiten für frei praktizierende Ärzte nochmals massiv einschränken. Dies mit drastischen Folgen für die Patienten. DRG betreffen auf den ersten Blick die Akutspitäler: Stationär behandelte Patienten werden klassifiziert und jeweils einer Gruppe (DRG) mit einer monetären Pauschale zugeordnet. Das Akutspital erhält diese Pauschale für den abgeschlossenen Fall, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand der Behandlung. Für komplexe Fälle mit Nebendiagnosen werden Zuschläge vergütet. Das Akutspital macht demnach Gewinn, wenn möglichst wenig Kosten generiert werden. Wirtschaftlich sollen so die Spitalausgaben gesenkt werden.

Die grössten Ausgaben der Spitäler entstehen bei den Lohnkosten. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen aber nicht nur kostensenkende Auswirkungen. Deshalb ist man dort von den verschiedenen DRG-Finanzierungsmodellen teilweise wieder abgekommen. Für Patienten zeigen sich statistisch nachweisbare Sicherheitsprobleme: Medizinisch sinnvolle, diagnostische und therapeutische Leistungen werden verdeckt nicht mehr erbracht. Um die Kosten zu reduzieren, werden Patienten in schlechtem Zustand zu früh entlassen. Wenig «lukrative» Patienten werden von verschiedenen Spitälern schon gar nicht mehr aufgenommen. Pflegerische Massnahmen werden nur noch marginal umgesetzt, weil das teure Pflegepersonal aus ökonomischen Gründen reduziert wurde (vergleiche Lohnkosten). DRG sollen gemäss Marschplan ab 1. Januar 2012 in der Schweiz flächendeckend eingeführt werden (1).

Auswirkungen auf die Praxismedizin

Statistisch belegt ist, dass die Einführung von DRG-Spitalfinanzierungen einen markanten Anstieg der ambulanten Behandlungen nach sich zieht. Nicht zuletzt deshalb eröffnet heute auch das kleinste Spital ein Ambulatorium. Vor dem Hintergrund des vom Staat herbeigeführten Ärztemangels scheint dies auf den ersten Blick auch sinnvoll. Zunächst resultiert in der ambulanten Medizin Mehrarbeit. Für Praxisärztinnen und -ärzte relevant ist jedoch die Kostenneu-

tralität im geltenden ambulanten Tarif TARMED! Nicht nur die Arbeit, auch die «eingesparten Kosten» aus dem Spital fallen im ambulanten Sektor nach Einführung der DRG an. Dies bewirkt eine entsprechende Kostensteigerung im ambulanten Sektor.

Reduktion des Taxpunktwertes

Da bekannt ist, dass die bei der Einführung von TARMED vereinbarte Kostenneutralität weiterhin aufrechterhalten wird, erfolgt nach der Einführung von DRG eine entsprechend massive Taxpunktwertreduktion. Dies bedeutet nicht nur für Spitalangestellte, sondern auch für Praxisärzte mehr Arbeit, die mit einem tieferen Einkommen einhergeht. Hinzu kommt, wie bereits erwähnt, dass heute ambulante Leistungen vermehrt in Ambulatorien der Spitäler erbracht werden.

Weiter müssen die Praxisärztinnen und -ärzte den «kostenneutralen Kuchen» mit Ambulatorien teilen. Bekanntlich kommen ambulante Leistungen in Ambulatorien von staatlichen Einrichtungen den Kostenträger (egal ob Staat oder Versicherer) bis doppelt so teuer zu stehen. Die Spitäler können sich so quersubventionieren, und als Nebeneffekt besteht eine Stelle der Triage in der eigenen Institution. Seitens des Staates existiert folglich kein politischer Wille, dies zu ändern.

Dies wiederum bedeutet einige weitere Runden in der Abwärtsspirale des Taxpunktwertes. Eine weitere Auswirkung für Praxisärztinnen und -ärzte nach Einführung der DRG ist die Unterversorgung mit stationären Leistungen, welche für Spitäler potenziell nicht lukrativ sind: In Zukunft dürfte es unmöglich werden, den allgemein versicherten Pflegenotfallpatienten in ein Spital einzuweisen.

Trends für die Zukunft

Sich auf das Kommende einzustellen, ist eine der wichtigsten Herausforderungen für Wirtschaft, Politik und Wissenschaft wie auch jedes Einzelnen (2). Die Zukunft kann man zwar nicht vorhersehen oder mit wissenschaftlichen Methoden ergründen, aber Trends sind trotzdem antizipierbar.

Die Einführung von DRG im stationären Bereich soll auf Kosten der Mitarbeitenden im stationären Bereich und der Patienten Steuergelder einsparen. Die Verlagerung in den ambulanten Bereich, verrechnet via TARMED, erfolgt aber kos-

tenneutral. Deshalb sind auch die Versicherer an der Einführung von DRG interessiert. Die Prämien steigen vorerst nicht massiv, wobei die stationären Einrichtungen einen Teil der ambulanten Leistungen (zwar teurer als in der Praxismedizin) in Ambulatorien von Spitälern erbringen werden. Die Abwärtsspirale des Taxpunktwertes wird sich wie in Deutschland weiter drehen, bis die her-



kömmliche Arztpraxis aus wirtschaftlichen Gründen verschwunden ist. Erst dann werden die ambulanten Ausgaben (heute finanziert über Versicherungsprämien) markant steigen. In der Zwischenzeit finanzieren die Praxisärztinnen und -ärzte durch Mindereinkommen die demografischen und DRG-bedingt steigenden Gesundheitskosten.

Das kürzlich publizierte Kompendium «Mind the Future» (2) setzt sich mit globalen Entwicklungen in Wirtschaft, Gesellschaft und Lifesciences auseinander und eröffnet bekannte, aber auch querliegende Sichtweisen für Gegenwartstrends. Bezüglich Grundversorgung werden schon in absehbarer Zeit Wohnraum und gesunde Ernährung, sauberes Wasser und Medizin ganz allgemein zum Luxus. Das soziale Umfeld von Patienten wird wieder an Bedeutung gewinnen, und nicht nur das körperliche, sondern vermehrt auch das seelische Wohlbefinden wird Gesundheit definieren. Der Informationsüberfluss durch einfach zugängliche Gesundheitsportale im Internet wird dabei zunehmen.

Relevanz für die Praxismedizin

Wie in den meisten Staaten der Welt wird es zukünftig nicht mehr möglich sein, private ambulante ärztliche Leistungen zum «Sozialtarif» zu erbringen. Die Bevölkerung oder zumindest diejenigen Schichten, die sich den Luxus Gesundheit noch leisten können, werden

darauf aber nicht verzichten wollen. Wie weltweit in den meisten (auch europäischen) Staaten, wird sich somit in absehbarer Zeit ein weiteres privates «fee for service system» etablieren. Wer es sich leisten kann, bezahlt seine Ärztin oder seinen Arzt privat. Aufgrund der Wirtschaftskrise und insbesondere der enormen staatlichen Hilfsprogramme ist zudem mit einer kommenden Inflation zu rechnen. Dies wiederum wird bei den absehbaren Taxpunktsenkungen den Prozess der schwindenden Verdienstmöglichkeiten beschleunigen. Fazit: Ein Tarifschutz wird sich auch in der Schweiz, wie heute schon in fast allen Ländern weltweit, nicht halten können.

Hinzu kommt, dass die klassische Gesundheitsversorgung, in welcher der Arzt die ganze Familie kennt, wieder an Bedeutung gewinnen wird. Managed Care (die von Versicherungen verwaltete Gesundheit) wird für noch liquide Bevöl-

kerungsschichten an Bedeutung verlieren oder nicht mehr genutzt. Die zum Teil widersprüchlichen Informationen aus dem Internet müssen zukünftig vermehrt von sozialkompetenten Gesundheitsberatern, genannt Ärzte, für Individuen interpretiert werden.

Das Gesundheitswesen eines Landes ist der Spiegel seines Wohlergehens schlechthin. Der Ausblick auf die Welt von morgen inspiriert auch zu persönlichen Schlüssen. Der sogenannte Leistungserbringer heisst zukünftig vielleicht wieder Ärztin oder Arzt, und die totgesagte private ärztliche Praxis hat noch nicht ausgedient. Dies aber nur für privat bezahlende Kunden.



*PD Dr. med. Julian Schilling
Forchstr. 92
8008 Zürich
E-Mail: med@travelclinic.ch*

Quellen:

- 1. Informationsveranstaltung SwissDRG 0.1: 18. Juni 2008 im InseleSpital Bern: www.swissdrg.org/de/05_aktuell/Z_infoveranstaltung08.asp?navid=0*
- 2. www.nzz-libro.ch/Neuerscheinungen: Sigrist S, Varnholt B, Achermann S, Folkers G: *Mind the Future, Kompendium für Gegenwartstrends*. ISBN 978-3-03823-476-0.*

The Day After Tomorrow

Gedanken nach dem 1. April 2009

Claude Breitenstein,
Chefredaktor SYNAPSE

Die Gross-Offensive der Schweizer Hausärzte am 1. April 2009 wurde öffentlich gut wahrgenommen. Engagierte Ärztinnen und Ärzte setzten sich für die Überbringung der zahlreichen Botschaften an das Publikum ein. Zahlreiche Politikerinnen und Politiker bekannten sich in Interviews und an Reden zu einer flächendeckend funktionierenden Hausarztmedizin. Es resultierten eine umfangreiche Berichterstattung in den verschiedenen Informationsgefässen von SF und ein breites Echo im Blätterwald. Auch in ausländischen TV-Nachrichtensendungen war der Schweizer «Ärztstreik» ein Thema.

Doch welche nachhaltigen Wirkungen hat der 1. April 2009 für die Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte? Eine persönliche Betrachtung am Tag danach.

Personalisierung

Die Personalisierung des Unmutes auf den in königlich selbstherrlicher Art agierenden Gesundheitsminister Pascal Couchepin war unübersehbar. Diese Personalisierung wird von Journalisten in Kommentaren kritisch aufgenommen.

JEKAMI und Informationsflut

Der Unmut der Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte wird landesweit demonstriert. Das JEKAMI hat den Vorteil, dass verschiedenste Aspekte der Botschaften vom 1. April von verschiedensten ärztlichen und nichtärztlichen Referentinnen und Referenten vorgetragen von verschiedensten Journalistinnen und Journalisten aus verschiedensten Blickwinkeln aufgegriffen und verarbeitet werden können. Es hat für jeden etwas dabei ...

Die vielfältigen Botschaften der aufgetragenen Hausärzte ergeben ein buntes Bild. Die Gefährdung des Berufsstandes und der drohende Verlust einer grossen Zahl von Hausarztpraxen werden in verschiedenen Varianten thematisiert.

Die mit dem «Streik» verknüpfbaren Ängste vor einer vorübergehend gefähr-



deten oder gar fehlenden hausärztlichen Versorgung am Aktionstag werden durch klare Botschaften zum lückenlos gewährleistetem Notfalldienst beschwichtigt.

Die Flut der Informationen dürfte manche aufmerksame Bürgerinnen und Bürger überladen und überfordert haben. Die vielfältigen Bedrohungen des Hausarztstandes werden angesprochen und in unterschiedlich klaren Schlagworten dargestellt. Dass die autoritäre Senkung der Labortarife «das Fass zum Überlaufen gebracht hat», kann als eine der wenigen Standard-Botschaften erkannt werden. Auch wenn die Information der SGAM die Kostenfrage bewusst nicht in den Vordergrund stellt, wird in vielen Medien hartnäckig auf Geld und Kosten herumgeritten, oft mit falschen Grundlagen und willkürlicher Interpretation.

Hausarztpraxen gehen zu, vielfältige Gründe

Dass verschiedene Mechanismen zu einem Rückgang der Hausarztpraxen führen werden, lässt sich mit den Schlagworten der Transparente nicht differenziert genug ausdrücken.

Der jahrlange Zulassungsstopp und die dadurch verursachte Lücke in der altersmässigen Kontinuität wird sich in einigen Jahren fatal auswirken.

Die Demographie der aktuellen Hausärzte lässt düstere Prognosen zu, hat aber die Politiker und die Öffentlichkeit noch nicht erreicht.

Fehlende Attraktivität für den Beruf aus tariflichen Gründen ergibt ein gefundenes neues Tummelfeld für kreative Journalisten und Politiker. Hausärzte pauschal entlohnen statt nach TARMED, Umgestaltung der TARMED-Struktur und andere schlagwortartige Patentrezepte erleben eine neue Hochkonjunktur.

Santésuisse

Santésuisse verkündet eine unausweichliche Notwendigkeit von nicht näher bezeichneten Sparmassnahmen «an der Kostenfront». Dieses Vorgehen zeigt die Aufmerksamkeit der Institution und deren klare Strategie, keine Gelegenheit auszulassen, den Schwarzen Peter zur Prämien-Steigerung immer wieder neu zu verteilen.

Die aktuelle breite Aufmerksamkeit für die Sorgen der Hausärzte wird gerade als Aufhänger zu weiteren Sparforderungen genutzt. Dies ist Zeichen einer konsequent verfolgten Konfrontationspolitik der Institution.

Die demographischen Effekte auf die Menge der notwendigerweise anzubietenden und zu erbringenden medizinischen Dienstleistungen werden genau

so verschwiegen wie die Tatsache, dass ein wegen nicht zu beeinflussender Mechanismen im Kapitalmarkt fehlender Kapitalertrag die Einnahmenseite der Versicherer merkbar beeinträchtigt. SantéSuisse lässt keine Gelegenheit aus, den Hausärzten Unwirtschaftlichkeit und mangelnde Kooperationsbereitschaft vorzuwerfen. Die anstehenden Prämienhöhungen der Krankenkassen für 2010 im voraussichtlichen Umfang von 10% (und jeweils weitere 10% 2011 und 2012) werden vom SantéSuisse-Sprecher als schlagendes Argument gegen Zugeständnisse an die Hausärzte verwendet. Dass für die anstehenden Prämiensteigerungen alles andere als die Hausarzt-Laborkosten von Bedeutung ist, wird bewusst verschwiegen. Der Link «Hausärzte wollen mehr Geld, Hausärzte wollen in ihrem Bereich nicht sparen lassen» → KK-Prämien steigen 10% ist zwar völlig falsch, tönt aber eben so einfach und einleuchtend, dass dessen Richtigkeit gar nicht belegt zu werden braucht.

Hausarztpraxis Ballenberg

Dass die bisher verbreitete Einzel-Hausarzt-Praxis in wenigen Jahren weitgehend verschwunden sein dürfte, scheint journalistische Grundwahrheit zu sein. Ein Arzt einer Grossgruppenpraxis mit 20 Ärztinnen und Ärzten bekräftigt die wirtschaftliche Notwendigkeit derartiger Institutionen und unterstützt damit die journalistische Botschaft. Die grundsätzlich unterschiedlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten in Grossstädten und in ländlichen Regionen werden nicht angesprochen.



In absehbarer Zeit dürfte auf dem Ballenberg eine schöne alte Landarztpraxis eingerichtet werden und so die gute alte Zeit in verklärter Erinnerung behalten. An besucherreichen Tagen wird vielleicht ein pensionierter Dorfarzt die Rolle des früheren Bergdorf-Doktors mimen und so den Besuchern neben dem Schaukäsen und dem Wollefärben auch die früher (2009) noch übliche individuelle ärztliche Betreuung darstellen.

Politik

Politikerinnen und Politiker haben sich an Veranstaltungen und in Interviews für die Sache der Hausärztinnen und Hausärzte eingesetzt. Eine breite Bewegung in allen politischen Parteien scheint sich für die Erhaltung einer effizienten Hausarztmedizin einsetzen zu wollen. BR Couchepin äussert sich unmissverständlich zur Lage der Hausärzte: «Ich bin nicht der Arbeitgeber der Hausärzte.»

Medien: TV

Die Aktion der Luzerner Ärztesellschaft vom 26.3.2009 (dem traditionellen donnerstäglichen Ärzte-«Frei-Tag») vor dem KKL mit Blutabnahmen für (ohneindizierte und sonst in der Hausarztpraxis erfolgende) Laboruntersuchungen wird von 250 Patientinnen und Patienten mitgetragen. Das Medien-echo (SF Schweiz Aktuell und Printmedien) legt das Schwergewicht auf die Frage, weshalb sich Patientinnen und Patienten «von den Hausärzten für ihre eigenen Ziele instrumentalisieren lassen». SF 10 vor 10 rapportiert am 1. April 2009 über Krankenschwestern als Hausarztersatz. Die befragten Absolventinnen äussern unisono ihre Bereitschaft, «mehr Verantwortung übernehmen zu wollen», sie distanzieren sich allerdings selbst konsequent davon, Hausarztfunktion übernehmen zu können und zu wollen. In Basel treten 11 Rednerinnen und Redner auf dem Barfüsserplatz auf, SF berichtet bereits in der Mittags-Tagesschau ausführlich über den Anlass. Der Basler Gesundheitsdirektor Carlo Conti bekräftigt die Wichtigkeit und die Kosteneffizienz einer guten Hausarztmedizin.

Die Rundschau führt einen Hausarzt auf dem heissen Stuhl vor. Bekannte einengende Fragestellung zu vom Interviewer aufgegriffenen Vorurteilen lassen den Hausarzt schlecht aussehen.

Das Schwergewicht liegt auf finanziellen Aspekten und damit verbundenen konkreten Fragen zu den Auswirkungen der Labor-Tarif-Senkung. Leider lässt der interviewte Hausarzt die notwendige Schlagfertigkeit vermissen. Die Frage-technik und die eng vorgespurten Antwortmöglichkeiten lassen ihm kaum Raum für die Überbringung der wahren Botschaft.

Die Diskussion über die angeblich repräsentativen Hausarzt-Einkommen von Fr. 200 000.– gerät zum Debakel. Das Schwarzpeter-Spiel mit der Frage, wo im Gesundheitswesen gespart werden soll,

wenn nicht bei den Hausärzten, führt zu einem ultrakurzen Exkurs über die hohen Medikamentenkosten in der Onkologie und deren individuelle und gesellschaftliche Angemessenheit.

Die vom Interviewer postulierte angebliche Ungenauigkeit der Hausarztlaborkontext der Hausarzt mit der klaren Aussage, dass diese Behauptung durch die externe Qualitätskontrolle klar widerlegt sei. Ein klarer Punkt für den Hausarzt auf dem heissen Stuhl im Studio-Scheinwerfer-Licht

Der SF-Bericht über die Demonstration in Bern zeigt einen gut abgeschirmten BAG-Direktor (der seinen Rücktritt bereits vor einiger Zeit angekündigt hat, ohne Zusammenhang mit den 1. April-Massnahmen). Ein besonders mutiger, im Bild nicht sichtbarer Demonstrant ruft kämpferisch, man nehme jetzt den BAG-Direktor als Geisel. Dies trägt wenig bei zu einem positiven Bild der Demonstrierenden.

Medien (Print)

Das schlechte Image der Hausärzte beim eigenen Nachwuchs

In der Basler Zeitung liest man Interviews mit Studentinnen und Studenten, welche gerade nach dem individuellen Unterricht in der Hausarztpraxis jede Lust am Hausarzt-Beruf verloren haben. Das Einzel-Tutoriat in der Hausarztpraxis, die an der Uni Basel gemäss Studenten-Befragungen mit Abstand beliebteste Unterrichtsform im Rahmen der Ausbildung angehender Ärztinnen und Ärzte, wird somit zur Ernüchterung-Erfahrung für Studentinnen und Studenten. Gar seltsam mutet die idealisierende Schwärmerei einer befragten Studentin an: «Mir gefallen die geregelten Arbeitszeiten einer Hausärztin.»

Die Berichte nach dem 1. April 2009 zeigen «Weisskittel» in allen Variationen.

Die Kommentare geizen nicht mit Retourkutschen und einfachen Lösungsmodellen. Die Einkommensverhältnisse der Hausärzte im Vergleich zu Spezialisten scheinen eine besondere Faszination auf kreative Journalisten zu haben.

Und auch die angekündigte Volksinitiative für eine gute Hausarztmedizin wird noch als künftige Massnahme erneut publik gemacht

Verschärfung der ärztlichen Massnahmen

Die Verweigerung von Daten zur Todesfallstatistik als ärztliche Kampfmassnahme und Zeichen kollektiven Unge-

horsams wirkt im gesamten Umfeld der berechtigten und mehrheitlich differenziert dargestellten Anliegen der demonstrierenden Ärztinnen und Ärzte lächerlich klein kariert und wenig eindrücklich. Weder Journalisten noch das aufmerksame Publikum erkennen darin eine wirksame Kampfmassnahme der Ärzteschaft. Diese von der SGAM proklamierte erste Verweigerungsaktion wird von Journalisten als Trotzreaktion beurteilt, für das BAG ist sie bereits Anlass zur Androhung von Bussen.

Bilanz nach dem 1.4.2009

- Die vielfältigen Anliegen der Hausärzteschaft wurden breit dargestellt und von den Medien und vom Publikum wahrgenommen.
- Ein Teil der Informationen wird mit Verständnis aufgenommen, ein Teil der Botschaften führt zu kritischen Gegenreaktionen.
- Von einem breit abgestützten Verständnis für die berechtigten Anliegen der Hausärzteschaft sind wir auch bei vielen bekennenden Politikern noch einen grossen Schritt entfernt.
- Die Kommunikationskultur zwischen Bundesrat, Bundesamt und Ärzteschaft muss neu aufgebaut werden. Die Ärzteschaft muss in die sie betreffenden Entscheidungsprozesse konsequent einbezogen werden. Gemeinsam erarbeitete Konsenslösungen müssen an die Stelle von bundesrätlichen Diktaten treten.
- Dass die Ärzte-Organisationen einen für den 1. April 2009 geplanten Anlass zur gemeinsamen Besprechung zukunftsgerichteter Fragen zum Gesundheitswesen durch ihre Absage platzen liessen, wird bereits als Zeichen mangelnder Kooperationsbereitschaft interpretiert und so der Ärzteschaft zum Vorwurf gemacht.
- Dass bei fehlender Kommunikationsbereitschaft das Vertrauen nicht mehr

gegeben war, um mit den Behörden an einem Tisch zu sitzen, über welchen man gezogen wird, fehlt in den Kommentaren.

Hausaufgaben für die Hausärzteschaft

Nehmen wir uns an der eigenen Nase, welche wir angeblich voll haben

- Einen Teil der Probleme um die Hausarztmedizin können die Hausärztinnen und Hausärzte beeinflussen.
- Das schlechte Image der Hausärzte hat teilweise «hausgemachte» Komponenten.

Was wir bieten wollen

Eine qualitativ hochstehende, kundenorientierte, wirtschaftliche Hausarztmedizin.

Dazu braucht es

- Qualitätsstandard Hausärztin/Hausarzt muss verbindlich definiert und umgesetzt werden.
- Eine klare Definition und Überprüfung der eigenen Qualität muss zum Standard werden.
- Eine selbstbewusste, öffentlich respektierte Vertretung der Hausärztinnen und Hausärzte mit klaren Zielen und einem wirksamen Beziehungsnetz.
- Eine OFFENSIVE Informationspolitik zum Aufzeigen der hausärztlichen Kompetenz und dadurch Steigerung der Anerkennung.

Zu beachten

- Die Dienstleistungsqualität wirkt über den eigenen Praxisbereich hinaus.
- Dies gilt insbesondere für Dienstleistungen im Rahmen von Notfall- und Bereitschaftsdiensten.
- Der konsequente Kampf für attraktive Arbeitsbedingungen und die Wertschätzung bildet die wertvolle Grundlage für die Nachwuchsförderung.
- Für die Zukunft der Hausarztpraxis muss weiterhin konsequent gekämpft

werden; verschiedene Modelle und Betriebsformen müssen möglich sein: Einzel- und Kleingruppen-Praxen sowie verschieden grosse Gruppen-Praxen Unterschiedlich je nach den Bedürfnisse der Versorgung in ländlichen Gebieten und in den Städten.

Was wir fordern

- Gute Rahmenbedingungen zur Leistung einer qualitativ hochstehenden, kundenorientierten Hausarztmedizin.
- Die wirtschaftlichen Voraussetzungen zur auftragsgerechten Ausrüstung der Praxis, mit Labor + Röntgen + Medikamentenabgabe.
- Offener Dialog und konsequenter Einbezug der Hausärzte in alle Entscheidungen, welche ihren Berufsstand und ihre Arbeitsbedingungen betreffen.
- Beschränkung der administrativen Belange auf das unumgänglich Notwendige.
- Unterstützung bei der tätigkeitsspezifischen Ausbildung der künftigen Hausärztinnen und Hausärzte in der Praxis.
- Die gesellschaftliche und politische Anerkennung der Hausarztmedizin.
- Angemessene Honorierung der verantwortungsvollen Arbeit.
- Gerechte Honorierung der Notfall- und Präsenz-Dienste.

Ein Teil der Forderungen ist in der Region BS/BL bereits erfüllt. So zeigen sich konkrete positive Zeichen der in Reden und Interviews geäusserten Absichten. DANKE!

Das universitäre Institut für Hausarztmedizin unter Prof. Peter Tschudi setzt ein klares positives Signal. Die finanzielle Förderung der Hausarzt-Ausbildung in den Hausarztpraxen hat per 1.1.2009 begonnen.

Prof. Dr. med. A. F. Widmer

Der Schweiz. Normenverein hat im Rahmen einer Arbeitsgruppe neue Normen für Operationssäle ausgearbeitet. Diese Arbeitsgruppen bestehen zur Mehrheit aus Mitarbeitern der Stiftung H-forte. Sie will die «gute Operationspraxis» GOP schaffen, die ein Qualitätssiegel darstellen soll, und deren Qualitätsüberprüfung natürlich auch Folgekosten nach sich ziehen wird.

Die Schweiz. Gesellschaft für Spitalhygiene (SGSH – Delegierte sind Prof. C. Ruedy und AF. Widmer) hat an einem Teilprojekt mitgearbeitet, doch wurden ihre Vorschläge in den unterdessen vorliegenden Text nicht integriert. Das Gesamtwerk beinhaltet teure Vorschriften, die für den Patienten in dieser Form keine quantifizierbare Verbesserung der Infektionsrate erzielt, dem Label der Evidenz-basierten Medizin also auch künftig nicht standhält. Stein des Anstosses war vor allem die routinemässige Überwachung der Reinluft, welche für die Schweizer Operationssäle einen geschätzten Mehraufwand von 25 Mio. Fr. ausgelöst hätte. Weitere Details sind unter <http://www.hforte.ch/d/Ospedali/Zertifizierung/ZertifizierungFrame.html> ersichtlich. Aus diesem Grund haben die Autoren (CR und AFW) dieses Projekt kurz vor der Verabschiedung zurückgewiesen. Am 9.3.09 haben wir als Delegierte von SGSH und Swiss-Noso (www.swiss-noso.ch) einen sachgerechten Vorschlag unterbreitet, der die wichtigsten Qualitätsziele umfasst, nämlich die Personalschulung, Desinfektion, das Verhalten im Operations-

saal und der Zeitpunkt der Antibiotika-Prophylaxe. Herr Prof. AF. Widmer ist auch in der Task Force für Patientensicherheit in Operationssälen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), deren erste Resultate in der Januar-Ausgabe des New England Journals of Medicine 2009 publiziert wurden (A. B. Haynes, N. Engl. J. Med. 360 (5): 491-499, 2009). Gleichzeitig wurden auch die Richtlinien aus England publiziert für den Operationssaal-Betrieb, welche genau den Richtlinien des Universitätsspitals Basel 2007 entsprechen. Leider ist zu befürchten, dass diese Vorschläge nur zum Teil in den GOP-Text und damit die künftigen, eidgenössisch einzuhaltenden Gesetzesbestimmungen einfließen werden.

Die operierenden Kollegen sind deshalb aufgerufen, uns zu unterstützen, um eine sinnvolle, patientenorientierte und effektive Norm zu schaffen. Die Arbeitsgruppen haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten einige gute Grundsätze zusammengefasst, die es zu verbessern gilt. Publierte und eigene Erfahrungen unterstützen die Notwendigkeit einer klaren schweizweiten Regelung. Zusätzliche Anforderungen gegenüber heute müssen jedoch einer kritischen Durchsicht standhalten und der entstehende Zusatzaufwand muss sich in einer quantifizierbaren Infektprävention rechnen. Der GOP-Text ist den zuständigen Gremien – Anästhesie, Ops.-Bereich und Spitalhygiene – zugestellt worden, Verbesserungen müssen jetzt eingebracht werden: Kritik, die nicht zeitgerecht erhoben wird, wird die GOP kaum mehr verändern können.

Neues Beratungsangebot der Schweizerischen Herzstiftung: Pilotprojekt in Basel

Unterstützung für Ärzte in der Betreuung ihrer Herzinsuffizienz-Patienten

Christa Bächtold

Die Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten ist aufwendig. Mit ihrer neuen Dienstleistung «Herzinsuffizienz-Beratung» bietet die Schweizerische Herzstiftung seit dem 1. April 2009 Entlastung an: Ärztinnen und Ärzte in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland können für die ambulante Schulung ihrer Patienten eine speziell ausgebildete Herzinsuffizienz-Beraterin beiziehen.

In der Stadt Basel allein leben laut Schätzungen 3000 bis 4000 Patienten mit Herzinsuffizienz. Im Rahmen eines ersten schweizerischen Pilotprojekts der Schweizerischen Herzstiftung können nun seit 1. April Ärztinnen und Ärzte vorerst in den Kantonen Baselstadt und Baselland ihre Herzinsuffizienz-Patienten für eine ambulante Schulung und Beratung durch eine diplomierte Pflegefachfrau und ausgebildete Herzinsuf-



Simone Erne ist die Herzinsuffizienz-Beraterin der Schweizerischen Herzstiftung in Basel.

fizienz-Beraterin anmelden. Ziel der neuen – für alle Beteiligten kostenlosen – Dienstleistung ist es, Lebensqualität und Prognose der Betroffenen zu ver-

bessern und die bei dieser Krankheit vergleichsweise hohe Hospitalisationsrate infolge von Dekompensation zu vermindern. Die Patienten (und möglichst auch ihre Angehörigen) lernen dabei ihre Krankheit besser kennen: den Sinn der täglichen Gewichtskontrolle, die Wirkung der Medikamente (mit dem Ziel einer besseren Compliance), die Bedeutung von Lebensstiländerungen und das richtige Verhalten bei Alarmsymptomen. Die Schulung erfolgt in der Regel in drei einstündigen Konsultationen, gefolgt von fünf kurzen telefonischen Nachkontrollen. Während der gesamten Dauer der Beratung bleibt der zuweisende Arzt zuständig für die Behandlung und entscheidet über alle therapeutischen Massnahmen.

Kontakt für Ärztinnen/Ärzte

Ärztinnen und Ärzte, die für ihre Herzinsuffizienz-Patienten in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland die Beratung beanspruchen möchten, können diese anmelden bei:

Schweizerische Herzstiftung
Herzinsuffizienz-Beratung
Frau Simone Erne
Haus der Gesundheitsligen
Mittlere Strasse 35, 4056 Basel
Telefon 061 269 99 61
Telefax 061 269 99 62
beratung@swissheartbasel.ch



Patienten und ihre Angehörigen erfahren in der Herzinsuffizienz-Beratung, worauf sie bei ihrer Erkrankung besonders achten müssen.

Die Herzinsuffizienz-Beratung der Schweizerischen Herzstiftung ist vergleichbar mit der schon seit langem etablierten Diabetes-Beratung durch Fachberaterinnen, wie sie die Patientenorganisation Schweizerische Diabetes-Gesellschaft vermittelt. Inhaltlich richtet sich die Dienstleistung nach den Empfehlungen zur vernetzten Betreuung, die

von Mitgliedern einer Task Force¹ – gebildet aus Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie, der SGIM und der SGAM – im Jahr 2006 herausgegeben wurden. Das Pilotprojekt in Basel wird von der Schweizerischen Herzstiftung aus Spendengeldern finanziert und von der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) und deren

Projektgruppe Herzinsuffizienz sowie vom Universitätsspital Basel fachlich unterstützt.

¹ Task Force «Herzinsuffizienz Disease Management». Empfehlungen zur vernetzten Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten. Schweizerische Ärztezeitung 2006;87: 1943–1952.

Die Vorzüge der Herzinsuffizienz-Beratung der Schweizerischen Herzstiftung

- Sie bleiben als **zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin im Zentrum**, analog der Ihnen sicher bekannten Diabetes-Beratung.
- Wir rekrutieren oder **werben keine Patientinnen und Patienten direkt** an.
- Unsere Beratungsstelle ist persönlich betreut von einer **ausgebildeten Herzinsuffizienz-Beraterin**.
- Es sind **keine Ärztinnen oder Ärzte** in der Beratungsstelle **im Einsatz**.
- Wir handeln ausschliesslich im Auftrag des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin.
- Sie weisen uns Ihre Patientinnen und Patienten für die Herzinsuffizienz-Schulung zu und stellen die Indikation für die Beratung.
- **Sie entscheiden allein** über alle Beratungsschritte und die Therapie.
- Unsere Herzinsuffizienz-Beraterin erstattet Ihnen **direkt regelmässig Bericht** über den Stand der Schulung und spricht mit Ihnen die Zahl der Schulungssitzungen und der telefonischen Nachbetreuung ab.
- Wir fühlen uns einzig **dem Patientenwohl verpflichtet**. Unser Angebot verfolgt keine kommerziellen oder politischen Interessen und ist zurzeit **aus Spendengeldern finanziert**.
- Das Angebot entspricht dem **Konzept der vernetzten Betreuung** von Herzinsuffizienz-Patienten, das von Vertretern der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK), der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) erarbeitet und publiziert wurde (SÄZ 2006; 87: 1943-52).

Ärzte sind jagdbares Wild

*Dr. med. Andreas Wirz-Ridolfi, Reinach
(auch Grundversorger)*

Seit Jahren ist in der Basler Zeitung häufig ein süffisanter bis ärztefeindlicher Unterton nicht zu übersehen, wenn ein Artikel über unser kränkendes Gesundheitswesen erscheint.

So auch im Bericht vom 2. April über die Demonstration der Hausärzte und Praxisassistentinnen auf dem Barfüsserplatz gegen die selbstherrliche Senkung der Labortarife durch das Departement Couchepin. «Weisskittel demonstrieren gegen Willkür.» Schwarzkittel ist die

Bezeichnung im Jägerlatein für Wildschweine. Folglich sind «Weisskittel» eine wahrscheinlich genmanipulierte minderwertige Albino-Variante der Wildschweine. Also sind Ärzte jagdbares Wild, welches Flurschaden anrichtet und dezimiert werden muss. Auf zum Halali der fröhlichen Ärzte-Hatz! Diese Betrachtungsweise wird dem «Nasenbär aus dem Wallis» sicher gefallen! Erst ein toter Arzt ist ein guter Arzt (weil er keine Kosten mehr verursacht). Dabei gehören Hausärzte auf die Liste der bedrohten Tierarten und von «Pro specie rara» unter Schutz gestellt. In den nächsten



Weisskittel – Schwarzkittel

Jahren werden in Baselland 200 Grundversorger-Praxen schliessen – ohne, dass eine entsprechende Nachfolge in Sicht wäre! Arme Patienten!

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter synapse@emh.ch.

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Dr. med. Claude Breitenstein, Eichenweg 1
CH-4410 Liestal, synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Claude Breitenstein (Chefredaktor),
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Beatrice Huth,
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemein-
medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH

Dr. med. Sabine Lingenhel,
Fachärztin für Innere Medizin FMH

Dr. med. Benjamin Pia, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dr. med. Alexandra Prünthe,
Fachärztin für Ophthalmologie
und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet
www.aerzte-bl.ch

Verlag
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer
Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56
afurrer@emh.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

**Einträge von Veranstaltungen im
Fortbildungskalender: Veranstaltungen
bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort,
Referenten, Thema und Veranstaltung
frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: christoph.itin@hin.ch) anmelden.**

**Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
7.5.2009**

Innovation fördert Integration 5 Jahre Crescenda

Dagmar Brunner

Die Liste der Angebote ist lang und vielfältig: Caterings mit Spezialitäten aus aller Welt, Sprachkurse, Reinigungsservice, Nähatelier, Seniorenbetreuung, Reisebüro, Partyservice, Tanzschule, Computerhilfe, Hauspflege, Kochkurse, Kosmetiksalon, Lachyoga etc. Es sind Angebote bzw. Kleinbetriebe von Frauen, die als Einwandererinnen mit geregelter Aufenthaltsrecht in unserer Region leben und arbeiten. Die Geschäftsidee haben die Frauen meist selber gehabt, und für die Realisierung haben sie sich Hilfe geholt: beim Verein Crescenda, dem ersten schweizerischen Gründungszentrum für Kleinstunternehmen von Migrantinnen.

Die Initiatorin und Präsidentin dieser Einrichtung ist die Basler Advokatin Béatrice Speiser, die über einige Ausländerfahrung verfügt und immer beeindruckt war vom innovativen Unternehmensgeist von Frauen, auch unter widrigsten Umständen. Die Idee, Migrantinnen in ihrem Bemühen um persönliche und wirtschaftliche Eigenständigkeit zu fördern und so zu ihrer nachhaltigen Integration beizutragen, fand rasche und breite Unterstützung, u.a. von privaten Gönnern/-innen und Stiftungen, den Nordwestschweizer Kantonen und der reformierten Kirche Basel-Stadt. Schon nach drei Jahren (2007) erhielt die Institution den angesehenen Schweizer Integrationspreis. Wie aber funktioniert Crescenda?

Bildung und Netzwerke

Vorausgesetzt wird, dass die zukünftige Unternehmerin eine umsetzbare Geschäftsidee mitbringt und passabel Deutsch sprechen und schreiben kann. Viele gelangen auf Umwegen und via Empfehlungen zu Crescenda, wo rund zehn Fachleute ein abgestimmtes Lern-, Beratungs- und Coachingprogramm anbieten, das für die Teilnehmenden möglichst kostentief gehalten wird. Zunächst kann die Frau einen dreitägigen Vorkurs mit verschiedenen Modulen besuchen, der zur individuellen Standortbestimmung dient. Neben ihrer Geschäftsidee werden ihre Fähigkeiten und Stärken



Foto: Crescenda

sowie ihre persönliche Situation betrachtet. Dieser Vorkurs ist die Basis für den Gründungskurs, der sechs themenspezifische Module à eineinhalb Tage umfasst. Sie behandeln eine breite Palette von Fragen, von Produkt und Dienstleistung über Vertrieb und Marketing bis Finanzen und Recht. Der Lehrplan orientiert sich an den Erfahrungen und Kompetenzen der Teilnehmerinnen, und der Kurs endet mit einem öffentlichen Präsentationsabend, dem eine Diplomfeier mit Zertifikat folgt.

Nach der Gründung ihrer Unternehmen werden die Frauen aber keineswegs allein gelassen, sondern durch individuelle Begleitung, Fachberatung, regelmässigen Erfahrungsaustausch und Weiterbildungsangebote unterstützt. Rund 30 Frauen aus über 25 Ländern haben auf diese Weise neue Perspektiven gefunden

und sind heute als Kleinunternehmerinnen z.T. sehr erfolgreich.

Crescenda kann im Juni den fünften Geburtstag im kürzlich bezogenen, eigenen Domizil feiern, das auch als Kurslokal und Treffpunkt dient. Gewisse Räume des schönen Jugendstilbaus kann man übrigens für private oder geschäftliche Zwecke mieten; zudem ist ein Bistro mit Garten geplant, wo frisch zubereitete, einfache Mittagsmenüs angeboten werden. Und Anfang September ist an einem «Openhouse» mit Kultureinlagen noch mehr über diese sinnreiche Institution zu erfahren.

*Crescenda Gründungszentrum für Migrantinnen, Bundesstr. 5, 4054 Basel
T 061 271 62 62, www.crescenda.ch
Open house: Fr und Sa, 4./5.9.*

PROGRAMMZEITUNG

Das Kulturmagazin für den Raum Basel

Planen und organisieren Sie Ihren Ausgang mit der Programmzeitung! Auf rund 80 Seiten werden monatlich aktuelle Angebote in Film, Theater, Musik, Literatur, Kunst etc. vorgestellt. Seit über zwanzig Jahren berichtet das unabhängige Kulturmagazin engagiert und kompetent über das Kulturgesehen in der Region Basel. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme, und die Agenda informiert über mehr als 1500 Anlässe. Nutzen Sie die Programmzeitung als Begleiterin durch den Veranstaltungsdschungel!

Probeabo (3 Ausgaben) CHF 10.–, Jahresabo CHF 69.–.

Ausserdem kostenlos: tägliche Kulturagenda per E-Mail. Bestellen Sie jetzt!

Programmzeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel

T 061 262 20 40, abo@programmzeitung.ch, www.programmzeitung.ch