

Synapse

<http://www.aerzte-bl.ch>
<http://www.medges.ch>

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Leitartikel

150 Jahre Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald, Geschäftsführerin MedGes

Am 15. November 1860 wurde im «Café des Trois Rois» die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) gegründet. Sie umfasste damals 18 Mitglieder. Sie war die erste Vereinigung von Basler Ärzten, welche Bestand haben sollte. Frühere Vereine lösten sich nach wenigen Jahren wieder auf, da das gesellige Moment überhandnahm. Die Gründer der Medizinischen Gesellschaft bestimmten deshalb, dass der wissenschaftliche und gesellige Teil streng in einem «ersten und zweiten Act» getrennt werden sollten!

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Die verbindende Türe 4
- Gesundheitskosten: Wer bezahlt? 5
- Schutzhelme bei Epilepsie 8
- Reitunfälle: Frauen häufiger betroffen – Reitprüfung schützt vor Unfällen 9
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 10
- Vereinfachung von nicht notfallmässigen Hospitalisationen auf der Inneren Medizin 11

Editorial

150 Jahre MedGes – Brauchen wir in Zukunft noch kantonale Ärztesgesellschaften?

Dr. Tobias Eichenberger, Vizepräsident Ärztesgesellschaft Baselland

Aufgrund der Landesabwesenheit unseres Präsidenten Lukas Wagner durfte ich zusammen mit Urs Buess und Fritz Schwab die Ärztesgesellschaft Baselland am Jubiläumsapéro der Medizinischen Gesellschaft Basel vom 4. Februar vertreten. Der würdige Anlass an historischer Stätte im Grossratssal des Rathauses in Basel hat mich zu einigen Gedanken bewegt.

Umfeld und Arbeitssituation der Ärzte werden immer komplexer. Ein an Stärke und Grösse zunehmendes Heer von Codierern, Controllern und Vorschriftenerfindern erschwert uns die tägliche Arbeit für unsere Patienten. Die santésuisse disqualifiziert sich zusehends als Partner, versucht zusammen mit der Politik die Ärzte gegeneinander aufzubringen. Entgegen aller Lippenbekenntnisse werden die Grundversorger gebeutelt, die Posse um das Praxislabor ist hier nur ein prominentes Beispiel. Ziel ist wohl, den Leidensdruck soweit zu erhöhen, dass zuletzt

die Majorität der Generalisten auf die Minorität der Spezialisten losgeht. Dabei braucht es keine grossen Mathematikenkenntnisse, um zu verstehen, dass eine Umverteilung innerhalb der Ärzteschaft aufgrund der Mengenverhältnisse nie substanzial zur (absolut verdienten) Besserstellung der Hausärzte führen kann. Nach dem altbewährten Motto «divide et impera» soll hier Schritt für Schritt die Demontage unseres Berufsstandes fortgesetzt werden. Meint man es wirklich ernst mit der Aufwertung der Hausarztmedizin, müssen dafür auch entsprechende Mittel bereitgestellt werden. Mittel, die aufgrund der kostengünstigen und kostenbewussten Arbeit an der Basis mittel- und langfristig gut investiert wären.

Hier sehe ich eine grosse Aufgabe für die kantonalen Ärztesgesellschaften. Nur sie können die Einigkeit innerhalb der Ärzteschaft pflegen und bewahren. Nur sie können durch die Arbeit der Führungsgremien ihre heterogen zusammengesetzten und oft zentrifugal interessierten Mitglieder nicht bloss verwalten, sondern auch führen. Durch stetigen Informationsaustausch und gemeinsame Veranstaltungen sollen sich Generalisten und Spezialisten, Niedergelassene und

Spitalärzte besser kennen und verstehen lernen. Eine stetig gepflegte Vernetzung, egal ob in offiziellen Netzwerken oder in den bereits bestehenden Beziehungsnetzen, trägt auch zur Sicherung der Qualität unserer Arbeit bei.

Die Fachgesellschaften können aufgrund ihrer Zusammensetzung diese Funktion nicht wahrnehmen, haben auch andere Aufgaben im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung ihrer Mitglieder. Es sind die kantonalen Gesellschaften, die hier gefordert sind. Nebst der alltäglichen politischen Arbeit sollten sie eine Führungsrolle in der zukünftigen Ausgestaltung unseres Gesundheitswesens übernehmen.

Hiermit möchte ich die eingangs gestellte Frage mit einem klaren «ja!» beantworten. Ich wünsche der MedGes als unserer Schwestergesellschaft viel Kraft und Fortune, den Herausforderungen der Zukunft erfolgreich zu begegnen sowie den Mitgliedern beider Gesellschaften eine weiterhin befriedigende und erfüllende Tätigkeit in diesem schönen und Sinn gebenden Beruf.

Mit herzlichen, kollegialen Grüssen
Tobias Eichenberger



§1 der Gründungsstatuten von 1860 umschreiben den Zweck der Gesellschaft folgendermassen: «Die medicinische Gesellschaft hat zum Zweck für die Ärzte hiesiger Stadt einen Vereinigungspunkt zu bilden, den Austausch von Ideen, Kenntnissen und Erfahrungen zu vermitteln und damit sowohl den wissenschaftlichen Sinn unter den Mitgliedern lebendig zu erhalten, als ein gutes collegiales Verhältnis und Einvernehmen zu pflegen.»

Der Zweck der Gesellschaft hat sich in den letzten 150 Jahren kaum verändert: Damals und heute liegt der MedGes Basel das Wohl der Patientinnen und Patienten am Herzen mit dem Ziel, allen eine optimale ärztliche Versorgung zu ermöglichen. Die Tarifgestaltung, die Qualitätskontrolle, die Weiter- und Fortbildungen, der Notfalldienst, die regionale Vernetzung und natürlich auch die Förderung der «Geselligkeit» unter den Mitgliedern sind Themen, die die Medizinische Ge-



sellschaft Basel heute wie damals schon beschäftigen. Die MedGes ist eine nicht mehr wegzudenkende Gesundheitsorganisation in unserer Region.

Aktivitäten im Jubiläumsjahr

Jubiläumsapéro:

Die MedGes hat sich für das Jubiläumsjahr viel vorgenommen. Am 4. Februar 2010 wurde das Jubiläumsjahr im Rathaus offiziell eingeläutet. Nach einem offiziellen Festakt wurde den Mitgliedern und den Freunden der MedGes ein Apéro riche offeriert.

Erlebniswelt Gesundheit MUBA 2010:

Auch im Februar hatte die MedGes einen

Auftritt an der «Erlebniswelt Gesundheit» der MUBA. Die Besucherinnen und Besucher konnten dort diverse Gesundheitstests (Blutdruck, Seh- und Hörtests, Cholesterin usw.) durchführen lassen und hatten dann noch die Möglichkeit, mit diversen MedGes-Ärzten ein kostenloses Gespräch zu führen. Dieser Auftritt wurde sehr geschätzt, die MedGes hat ein sehr gutes Feedback erhalten.

Sommerfest im Waisenhaus:

Am Samstag, 21. August 2010, findet ein grosses Sommerfest für alle MedGes-Mitglieder sowie PartnerInnen und Freunde der MedGes im Waisenhaus statt.



Ausstellung Museum Kleines Klingental:

Des Weiteren wird ab November 2010 eine 3-monatige Ausstellung im Museum Kleines Klingental über die Entwicklung der Medizin in den letzten 150 Jahren zu sehen sein. Eine Publikation ergänzt die Ausstellung und vermittelt einen vertieften Einblick in das Wirken und Schaffen der Basler Ärztinnen und Ärzte in den letzten 15 Dekaden.

Kontakt mit der Presse:

Während des ganzen Jubiläumsjahres sind verschiedene Auftritte der MedGes in den Medien geplant. Dies soll uns die Möglichkeit geben, die Öffentlichkeit auch über berufspolitische Themen zu informieren.

Neuer Auftritt der MedGes

Die MedGes hat sich für das Jubiläumsjahr zum Ziel gesetzt, den Gesamtauftritt neu zu überdenken. So wurde beschlossen, das Logo zu modernisieren und die Website übersichtlicher zu gestalten. Dafür wurde – nach einem Ausscheidungsverfahren – die Oswald Siegfried Werbeagentur OSW beauftragt.

Logo:

Die Vorgabe für das Logo war, die bestehende und traditionelle Struktur im Grundsatz zu belassen. Man wollte am Ritter Georg festhalten, ist dieser doch seit Jahren Symbolfigur für die MedGes. Das Logo sollte somit modernisiert und übersichtlicher gestaltet werden, der



Erkennungswert sollte jedoch auf jeden Fall bestehen bleiben. Des Weiteren wollten wir ein Jubiläumslogo, welches für das ganze Jubiläumsjahr verwendet werden kann. Das neue Logo wurde den Mitgliedern am Jubiläumsapéro vorgestellt; hier die Illustrationen:

Altes Logo



Neues Logo



Jubiläumslogo



Website:

Die MedGes-Website ist in den letzten Jahren sehr unübersichtlich geworden. Viele Informationen konnten nur mit grossem zeitlichen Aufwand gefunden werden. Der Vorstand hat deshalb beschlossen, die MedGes-Website übersichtlicher zu gestalten. Neben dem neuen visuellen Auftritt ist die Website nun klar in einen internen und einen öffentlichen Teil gegliedert. Diese sind schon auf der ersten Seite gut erkennbar. Auch wurde das Forum (Blog) überarbeitet. Neu können Mitglieder interessante Zeitungsartikel oder Themen ins Forum stellen oder zu von anderen aufgeschalteten Themen Stellung beziehen. Wir erhoffen uns dadurch, einen regen Meinungsaustausch innerhalb unserer Mitglieder zu fördern. Schauen Sie mal rein unter www.medges.ch!

Danke!

Wir möchten der Ärztesgesellschaft Baselland für ihr grosszügiges Jubiläumsgeschenk danken! So wird die MedGes während des ganzen Jubiläumsjahres mit einem monatlichen Blumenstraus verwöhnt! Vielen herzlichen Dank!

Die verbindende Türe

Dr. Raymond Perret, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. Peter Buess, Facharzt FMH für Psychiatrie u. Psychotherapie, Allschwil

Türen sind zum Schliessen da, zum Ausschliessen, zum Abgrenzen. In unserem Fall dient die Türe der Verbindung. Sie verbindet zwei Praxen – eine internistische und eine psychiatrische. So kommen der Internist, der Psychiater, die Arztgehilfin, die Physiotherapeutinnen, die Assistenzärztin und die Psychologin regelmässig in verschiedenster Weise in Kontakt.

Ein Internist und ein Psychiater in der vernetzten Grundversorgung

Ein Internist und ein Psychiater gehen Tag für Tag, demnächst seit 20 Jahren, ihrem Kerngeschäft nach – körperliche Untersuchung, Röntgen, Labor, Psychotherapie, psychiatrische Exploration, Berichte, Notfälle. Jeder für sich, wirtschaftlich, zweckmässig und wirkungsvoll. Es vergehen Tage, wo keine Silbe, kein Kontakt diese Routine durchbricht. Eine gewisse Regelmässigkeit haben die agentenhaften, oft abendlichen Streifzüge des Psychiaters zum Pausenrolltisch in der Nachbarpraxis, wo er Schokolade zu finden hofft – und glücklicherweise oft stibitzen kann. Die gemeinsamen Kaffeepausen sind rar. Aber kleine Wortwechsel sind seit Anfang der Zusammenarbeit in den Alltag eingewoben. Es sind wenige Sätze. «Sag mir doch bitte, wie die QT-Zeit im letzten EKG von Hrn. X war.» «Hast du noch Präparat Y, das ich dir morgen ersetzen würde?» «Du kennst ja Hrn. Z., er ist wieder psychotischer, trinkt mehr, was würdest Du bei der Medikation ändern?» Manchmal ist es ein Röntgenbild mit einem interessanten Befund, mal einfach eine spannende Geschichte oder ein trauriger Verlauf – mit wenigen Worten wird Wesentliches und nicht selten auch unwesentlich Scheinendes ausgetauscht. So entsteht eine Mischung von Psychohygiene, rascher gegenseitiger Beratung, gegenseitigem Ermutigen. Einen wichtigen Platz hat der Witz. Diese Nähe ist nur angenehm, bereichernd, hilfreich gegen die Abschottung im Glasturm. Alles Mögliche findet auf diese Weise statt – eine rasche Überweisung gelingt so immer

wieder. Durchsetzt werden diese Kontakte von den Plaudereien mit der Psychologin, mit der Ärztin, mit den Physiotherapeutinnen, mit der Arztgehilfin. Es ist wenig geplant, wenig standardisiert, nichts zertifiziert, aber praktisch alles im Kleinen kostbar.

Der Psychiater

Der Auftakt war etwas schräg: Zwei Wochen nach Einstieg in die Praxis kam eine Frau vom Coiffeurladen von der Strasse gegenüber angerannt, weil eine ältere Frau vom Stuhl gerutscht war. Internist und Psychiater reanimierten kräftig, jedoch erfolglos. Ein ernster Einstieg, aber schon damals war eine Mischung von Selbstverständlichkeit und gutem gegenseitigen Einverständnis vorhanden. Wir teilen unterdessen viele Schicksale von Menschen mit Psychose, mit Alkoholkrankheit, mit Persönlichkeitsstörungen, mit bipolaren Störungen. Wir erleben Abschiede, erleben wundersame Besserungen in schwierigen Verläufen. Wir lachen, debattieren mit ernststen Mienen, plaudern gedankenverloren im Kreis und finden immer wieder kleine kreative Schritte. Wir politisieren, wir erzählen von unseren spezifischen Aufgaben im Studentenunterricht und im Konsiliardienst. Und wir plaudern über unsere Freizeit, über das Joggen und Biken, und über unsere Frauen, unsere Kinder. Es ist ein Plaudergewebe, das in vielerlei Hinsicht guttut. Und vielleicht wird die hochgelobte fachliche Qualität durch dieses feine Gewebe auch noch etwas angehoben, doch wollen wir sicher keine Zertifizierung, keine Quantifizierung, keine outcome scores und keine durchstandardisierten Evaluationen. Wir wollen plaudern, Momente der Nähe geniessen, Raum für Wesentliches und Unwesentliches nehmen können in angenehmer Freiheit. Es wäre einfach weniger komfortabel und weniger bereichernd alleine – ohne diese Türe.

Der Internist

Was wir seit über 20 Jahren Tür an Tür verbunden miteinander erleben und schätzen, könnte ich nicht besser beschreiben, als es mein feinsinniger Kollege und Freund schon getan hat. Doch da in diesem Beitrag von Türen die Rede



ist, mag eine Erinnerung meinerseits das Thema noch abrunden:

Durch die halbgeöffnete Tür ertönen von Seiten des Psychiaters verstörend laute und ungewöhnliche Geräusche herüber. Der Internist, nichts Gutes ahnend, läuft zu seinem Kollegen hinüber. Er findet ihn vor der verschlossenen Toilettentüre stehend: Seine psychisch schwer kranke Patientin hat sich eingeschlossen und eben damit begonnen, die Toiletteneinrichtung zu demolieren. Die Situation eskaliert beängstigend. Während der Psychiater mit strengen Worten versucht, die aggressionsgetriebene Patientin zur Besinnung zu bringen, beschafft sich der Internist eine Zange aus seinem privaten Keller. Gemeinsam gelingt es schliesslich, die Toilettentüre von aussen zu öffnen. Die Patientin hat sich, verursacht durch Scherben des eingeschlagenen Lavabos, multiple Schnittwunden an den Armen zugezogen. Doch sie lässt sich beruhigen und zu guter Letzt auch verarzten. So kann unsere Zusammenarbeit auch einmal ganz handfest sein, wenn die Not es erfordert. Unsere verbindende Tür macht es möglich. Ohne sie (um die Schlussgedanken des Psychiaters aufzunehmen) wäre es um einiges langweiliger, einseitiger und menschlich ärmer.

te: Die andauernde Diskussion über die sogenannte «Kostenexplosion» im Gesundheitswesen nervt gewaltig. Anna Sax zeigt sehr eindrücklich auf, dass wir viel eher von einer Finanzierungsproblematik reden sollten. Der übernervöse politische Druck auf die Kosten führt zu untauglichen Schnellschüssen, bringt die Qualität in Gefahr und akzentuiert die bereits vorhandene Zweiklassenmedizin. Vor der dadurch drohenden Rationierung sollte das zweifellos vorhandene Rationalisierungspotential genutzt und akzeptiert werden, dass in allen Lebensbereichen Qualität und Quantität ihren Preis haben. Zudem wird gerne vergessen, wie wichtig die «Gesundheitsindustrie» als Wirtschaftsfaktor und Arbeitge-

ber ist. Zusätzlich leisten wir uns in der Grundversorgung ein völlig ineffizientes System mit Dutzenden von Krankenkassen, entsprechenden Verwaltungen und Werbebudgets. Ohne gleich eine Lanze für eine Einheitskasse zu brechen, möchten wir dieses Konstrukt doch zumindest in Frage stellen.

Redaktion Synapse

Anna Sax ist Gesundheitsökonomin und Geschäftsführerin der Tradig GmbH für transdisziplinäre Analysen im Gesundheitswesen. Sie ist Mitglied der Redaktion der Schweizerischen Ärztezeitung. Als Publizistin und Dozentin beschäftigt sie sich insbesondere mit Leistungen, Finanzierung und Kosten der Gesundheitsversorgung.

Gesundheitskosten: Wer bezahlt?

Anna Sax, lic. oec. Geschäftsführerin der Tradig GmbH für transdisziplinäre Analysen im Gesundheitswesen, Bern

Obwohl die Gesundheitsausgaben seit Jahren im Gleichschritt mit der übrigen Wirtschaft wachsen, reden alle von Sparmassnahmen. Das Niveau der Ausgaben ist zwar hoch, doch von Kostenexplosion kann keine Rede sein. Problematisch ist dagegen die Finanzierung: Wie kommt es, dass die Krankenkassenprämien viel stärker steigen als die Gesundheitsausgaben insgesamt? Erklärungen gibt es einige, griffige Massnahmenvorschläge aber fehlen.

Qualität hat ihren Preis

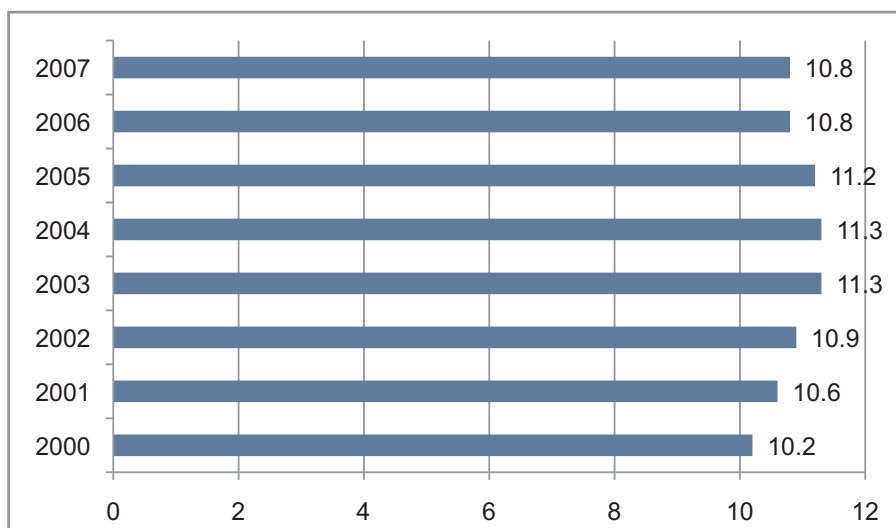
Der Anstieg der Gesundheitsausgaben gibt alljährlich viel zu reden. Das ist erstaunlich, denn bei einer genaueren Betrachtung der Zahlen deutet nichts auf

eine aussergewöhnliche Entwicklung oder gar auf eine «Kostenexplosion» hin. Der Anteil der Gesundheitsausgaben beträgt konstant zwischen 10 und 11% des Bruttoinlandproduktes (Grafik 1). Die Kostensteigerung hielt sich mit rund 3% pro Jahr seit 2000 im Rahmen der Wirtschaftsentwicklung. Natürlich kann man sich fragen, ob das hohe Kostenniveau – inzwischen liegt es bei über 55 Milliarden Franken – gerechtfertigt sei. Nach den USA und Norwegen leisten wir uns das drittteuerste Gesundheitswesen innerhalb der OEDC. Andere Länder wie etwa Finnland oder Spanien erreichen mit zwei Dritteln des Geldes ähnlich gute Gesundheitsresultate, gemessen an Indikatoren wie durchschnittliche Lebenserwartung oder Säuglingssterblichkeit. OECD und WHO attestierten 2006 dem schweizerischen Gesundheitswesen eine hohe Qualität: Der Gesundheitsstatus

der Bevölkerung zähle zu den besten der OECD-Länder, der Zugang sei für alle gegeben, der Leistungsumfang sei grosszügig und die Kundenzufriedenheit hoch. Allerdings, so der Bericht weiter, zahlten die Schweizerinnen und Schweizer dafür einen hohen Preis. «Diese hohen Kosten sind wohl zum Teil auch die Konsequenzen einer gesellschaftlichen Entscheidung», hielten die OECD-ExpertInnen fest. Es besteht hierzulande offenbar ein Konsens darüber, dass wir uns bei der Gesundheitsversorgung einen gewissen Luxus leisten wollen: Wir geniessen die grösstmögliche Freiheit bei der Wahl der Leistungserbringer, erhalten rasch Zugang zu den neuesten Technologien, kennen kaum nennenswerte Wartezeiten und lassen uns von bestens qualifiziertem Gesundheitspersonal kompetent behandeln und pflegen. Das alles kostet viel Geld, doch wer wollte ernsthaft auf diese Qualitäten verzichten?

Kein Grund für übersteigerte Betriebsamkeit

In der Auseinandersetzung um die Entwicklung der Gesundheitsausgaben geht manchmal vergessen, dass das Gesundheitswesen mehr ist als ein Kostenfaktor. Es handelt sich um einen der wichtigsten Wirtschaftszweige, der über eine halbe Million Arbeitsplätze generiert – doppelt so viele wie etwa der Tourismus. Jeder neunte Franken wird hier verdient. Das Gesundheitspersonal bezieht nicht nur Löhne, sondern erbringt Leistungen, die dazu beitragen, die Lebensqualität und die Arbeitsproduktivität zu verbessern. Alles in allem gibt es also wenig Grund, aufgrund der Kostenentwicklung im Ge-



Grafik 1: Anteil Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt, 2000–2007.

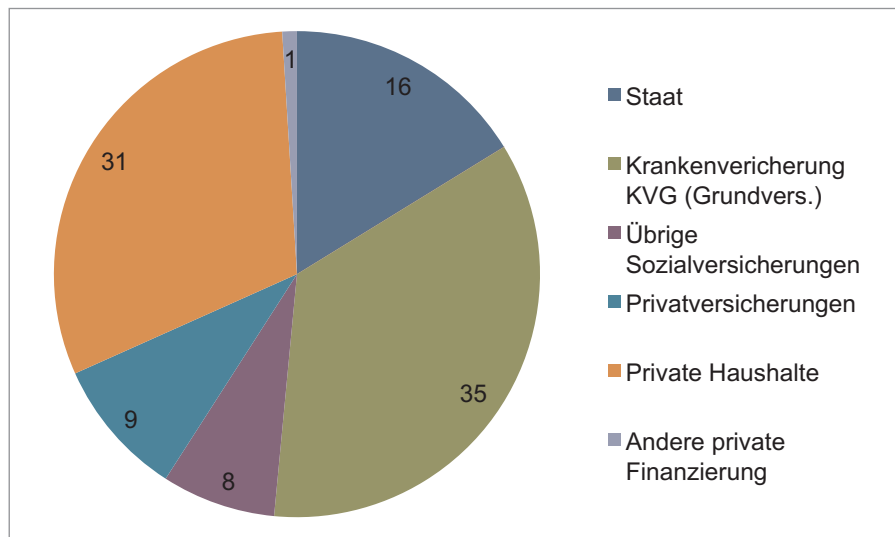
sundheitswesen alljährlich in Betrieb-samkeit zu verfallen, nach Sparmassnahmen zu rufen und nach Schuldigen zu fahnden. Und dennoch wäre es verfehlt zu behaupten, alles sei in Ordnung und Handlungsbedarf gäbe es keinen. Praktisch alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, können Beispiele von ineffizienten Strukturen, Fehlanreizen, Doppelspurigkeiten, Koordinationsmängeln und Geldverschwendung aufzählen. Rationalisierungspotenzial ist zweifellos vorhanden, die Qualität in der Gesundheitsversorgung kann noch verbessert werden. Neue Entwicklungen in der Medizinaltechnik, Ökonomisierung und die Veränderung der Gesundheitsbedürfnisse in der Bevölkerung machen zudem ständige Anpassungen notwendig. So wird zum Beispiel angesichts demografischer Alterung und der damit verbundenen Zunahme der chronischen Erkrankungen die Bedeutung der integrierten

Versorgung zunehmen – dies nicht allein aus Kostengründen, sondern vor allem aus Gründen der Versorgungsqualität.

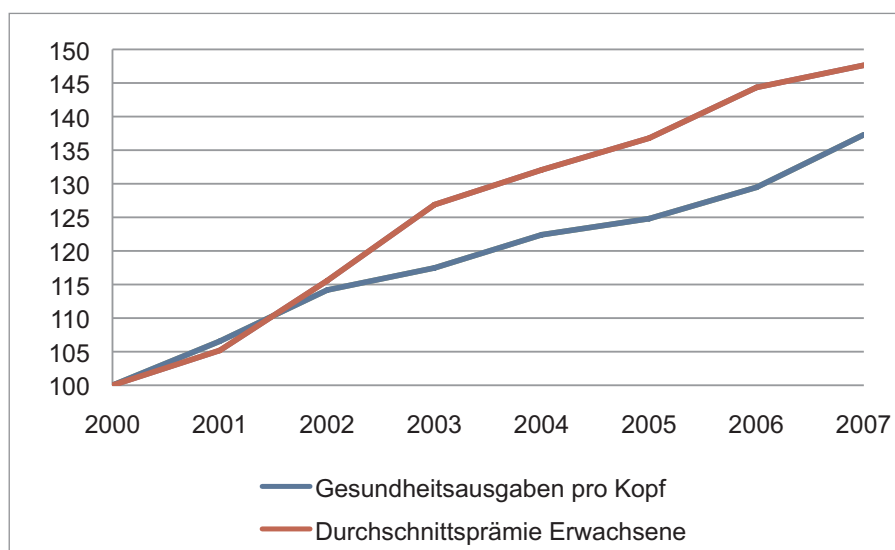
Der Haken liegt bei der Finanzierung

Bisher haben wir ausschliesslich die Kostenseite betrachtet. Hier gibt es entgegen anders lautenden Polemiken keine aussergewöhnlichen Entwicklungen. Das Problem liegt vielmehr auf der Seite der Finanzierung: Wer kommt für die wachsenden Gesundheitsausgaben auf, lautet die wirklich brennende Frage. Die Haushalte spüren die Finanzierungsproblematik direkt und schmerzlich im eigenen Portemonnaie, denn die Prämien der Grundversicherung steigen rasant. Der Anteil der Grundversicherung hat in den letzten Jahren stetig zugenommen und beträgt inzwischen mehr als ein Drittel der Gesundheitsausgaben. Die Verteilung der Finanzierungslast ist es, die uns Sorgen bereitet, und nicht die Gesamt-

ausgaben. Wenn überhaupt so etwas wie eine «Explosion» stattfindet, dann handelt es sich um eine Prämienexplosion. Hinzu kommt, dass die Schweizerinnen und Schweizer zu einem weiteren knappen Drittel entweder als Selbstzahlende für nichtkassenpflichtige Leistungen wie Zahnarztkosten, Medikamente und verschiedene Therapien, oder in Form von Selbstbehalt und Franchisen, für ihre Gesundheitsausgaben selber aufkommen. Dieser im internationalen Vergleich enorm hohe Anteil der Eigenfinanzierung straft die Aussagen Lüge, wonach das Heil in höheren Selbstbeteiligungen zu suchen sei. Der Anteil der öffentlichen Hand – in unserem Fall hauptsächlich der Kantone – an der Finanzierung liegt bei lediglich 16%. Die geringe Bedeutung der steuerfinanzierten Leistungen auf der einen Seite und der hohe und weitersteigende Beitrag der privaten Haushalte auf der anderen Seite lassen die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitssystems über kurz oder lang zu einer sozialen Zerreissprobe werden. Grafik 2 zeigt die Verteilung der Finanzierungslast im Jahr 2007.



Grafik 2: Finanzierung der Gesundheitsausgaben, Prozentanteile 2007 (Gesamtsumme: 55,2 Mrd. Fr.)



Grafik 3: Index der Gesundheitsausgaben pro Kopf und Durchschnittsprämien für Erwachsene, 2000–2007.

Krankenkassenprämien wachsen überdurchschnittlich

Zurück zu den Prämien. Die Durchschnittsprämien für Erwachsene stiegen zwischen 2000 und 2010 von monatlich 212 auf 351 Franken, also um 65%. Das Prämienwachstum überstieg damit das Wachstum der Gesundheitsausgaben bei weitem. Grafik 3 zeigt den Index der Prämien und Gesamtkosten pro Kopf der Bevölkerung ab 2000 bis 2007. Obwohl die neuesten Zahlen für die Gesundheitsausgaben noch nicht verfügbar sind, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Schere bis heute noch weitergeöffnet hat. Drei Gründe können für den überdurchschnittlichen Prämienanstieg angeführt werden: Die Verschiebung von Spitalbehandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich, die Reservenpolitik von Bund und Krankenversicherern und das veränderte Verhalten der Versicherten.

Weniger stationär, mehr ambulant

Analysiert man die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen nach Leistungen, dann fällt auf, dass innerhalb der Spitäler eine Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen stattgefunden hat. Diese Entwicklung hat unter anderem mit dem medizinischen Fortschritt zu tun und ist auch durchaus gewollt, hat jedoch – von der Finanzie-

rungsseite her betrachtet – eine nicht zu unterschätzende Nebenwirkung: Während bei den stationären Behandlungen die Hälfte der Rechnung vom Kanton bezahlt wird, kommt im ambulanten Bereich die Krankenversicherung vollumfänglich für die Rechnungen auf. Der Trend von stationär zu ambulant wird sich mit der schweizweiten Abrechnung über DRG noch verstärken. Er erlaubt es den Kantonen, sich aus der Finanzierung zurückzuziehen, und der Druck auf die Krankenkassenprämien steigt. Allerdings müsste hier auch berücksichtigt werden, dass die Kantone einen Teil ihrer gesparten Kosten über die Prämienverbilligungen wieder zurückzahlen müssen.

Prämien-Nachholbedarf wegen zu geringer Reserven

Die Krankenversicherer senkten erstmals Ende der 90er Jahre auf Betreiben der Politik ihre Reserven, um die Prämienhöhungen in Grenzen zu halten. 2002 und 2003 folgten dann zwei Jahre mit kräftigen Prämienstößen von je fast 10%, und im Anschluss daran wurden die Reserven wieder aufgebaut. Das Gleiche wiederholt sich heute: Die Prämieinnahmen der Krankenversicherer blieben

2008 und 2009 unter den Ausgaben, was die Reserven auf ein tieferes Niveau sinken liess. Erschwerend kam die Finanzkrise hinzu, welche die Schrumpfung der Reserven noch weiter vorantrieb, so dass 2010 wieder massive Prämienhöhungen notwendig wurden. Hier kommt ein weiteres interessantes Phänomen hinzu: Die Versicherten beginnen im grösseren Stil als bisher auf die veränderte Situation zu reagieren, indem sie zu einem günstigeren Versicherer wechseln, die Franchise erhöhen oder sich einem Managed-Care-Modell anschliessen. So kommt es zu einer Prämienerosion, die wiederum mit Prämienhöhungen aufgefangen werden muss – santésuisse rechnet für 2010 mit einem Prozent.

Was ist zu tun?

Reformvorschläge in der Gesundheitspolitik haben fast immer Sparmassnahmen im Fokus. Sparen führt aber in aller Regel zu Einbussen bei den Leistungen, und zwar nicht dort, wo es sinnvoll ist, sondern wo der Widerstand am geringsten ist. Kaum jemand stellt sich die Frage, ob Sparen überhaupt notwendig sei, oder ob nicht eher bei der Versorgungsqualität, der Vernetzung und der

Orientierung an den Bedürfnissen der PatientInnen anzusetzen wäre. Auf der Leistungsseite kann vieles verbessert werden – gespart werden kann nur auf Kosten der Schwächsten.

Anzusetzen wäre vielmehr bei der Verteilung der Finanzierungslast. Hier gibt es auf drei Ebenen Handlungsbedarf: Erstens soll die Finanzierung der Gesundheitsleistungen sozialverträglicher gestaltet und die Belastung der Haushalte mit geringen Einkommen reduziert werden. Ein gut funktionierendes Prämienverbilligungssystem bzw. ein einfacher und schweizweit einheitlicher Zugang zu den Prämienverbilligungen würde das Finanzierungsproblem für viele Leute entschärfen. Zweitens soll das Finanzierungssystem so ausgestaltet werden, dass für die ganze Versorgungskette, ob stationär oder ambulant, der gleiche Finanzierungsschlüssel gilt. Nur so kann der Rückzug der öffentlichen Hand auf Kosten der Prämienzahlenden gestoppt werden. Drittens wäre das Hüft und Hott bei der Reservenbildung der Krankenkassen zu stoppen, wobei sowohl vom Bund wie auch von den Krankenversicherern mehr Transparenz gefordert ist.

Schutzhelme bei Epilepsie

Dr. med. Klaus Meyer, Chefarzt-Stv.
Klinik Bethesda, Leiter Epileptologie,
Tschugg

Auch mit den neuen Antiepileptika, die sich in der Regel durch bessere Verträglichkeit und weniger Langzeitnebenwirkungen auszeichnen, sind weiterhin knapp 40% der Epilepsiekranken nicht dauerhaft anfallsfrei. Davon haben ca. 1/3 eine schlechte Prognose mit ungünstigem Verlauf. Es handelt sich dabei u.a. um Cerebralpareesen, meist mit geistiger Behinderung, cerebrale Malformationen, tuberöse Sklerose, Sturge-Weber-Syndrom und andere meist progressive Epilepsiesyndrome wie z.B. West-, Lennox-Gastaut-Syndrom, spezielle myoklonische Epilepsien usw. Bei diesen Epilepsien stehen oft atonische und tonische Anfälle neben Grand mal im Vordergrund. Primär fokale Anfälle auch bei grösseren strukturellen cerebralen Läsionen gehen, auch wenn sie sekundär tonisch-klonisch generalisieren, eher seltener mit einem Sturz einher.

Epilepsiekranken mit Kopftraumen zeigen im EEG mehr Krampfpotentiale und eine ausgeprägtere Allgemeinveränderung als eine Vergleichsgruppe. Auch zeigt das EEG nach dem Sturz bei knapp 80% eine Zunahme des pathologischen hirnelektrischen Befunds, so dass das EEG bei unklarer Sturzursache – wenn es unmittelbar nach dem Sturz abgeleitet wird – wegweisend sein kann. (I. v. Hedenström, Bethel 1960).

Es existieren **keine** systematischen **prospektiven Studien** betreffend Schutzhelmevaluation bei Epilepsiekranken. Eine der letzten Studien der Gruppe um F.M.C. Besag, UK 2005 legt dar, dass Lederhelme am besten toleriert wurden und dass

intermittierendes Helmtragen bei krisenhafter Zuspitzung der Anfälle sowie individuelle Betreuung durch ein kompetentes Team eine höhere Compliance aufwies.

Zusammenfassend traten in dieser Studie bei allen Stürzen mit oder ohne Helm nur äussere Verletzungen am Kopf und keine intracerebrale Beteiligung in Form von Kontusionen, Blutungen oder Hämatomen, wie bei anderen Untersuchungen, vor allem bei Erwachsenen, auf. Zusätzliche **protektive Massnahmen in der Umgebung** wie z.B. Abpolsterung scharfer Kanten, Fallmatten neben dem Bett, Entfernung im Raum stehender oder an der Wand befestigter Gegenstände mit Verletzungspotential spielen dabei sicher auch eine wichtige Rolle.

Untersuchungen bei Epilepsien mit im Vordergrund stehenden Absenzen zeigen, dass dort Verletzungen vor allem beim Fahrradfahren auftreten. Ein Helmschutz, ggf. mit Kinnbeteiligung (Downhill-Fahrradhelm) sind neben anderen Vorsichtsmassnahmen (Fahren in Begleitung und auf wenig befahrenen Wegen) sehr wichtig.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Kopfverletzungen häufiger bei einer Anfallsfrequenz >1/Monat, mit im Vordergrund stehenden generalisiert tonisch-klonischen, tonischen, atonischen und myoklonischen Anfällen und bei Epilepsiekranken unter einer Polytherapie mit Antiepileptika vorkommen. Dabei finden sich nicht selten auch **pharmakokinetische und -dynamische Interaktionen**, die u.a. zu Intoxikationen führen können. Eine Antiepileptika-bedingte Ataxie sollte – insbesondere bei Mehrfachbehinderten – immer als Sturzursache ausgeschlossen werden. Auch ist die Begünstigung einer Osteopenie durch

Valproinsäure und die stark enzyminduzierenden Antiepileptika (Phenobarbital, Phenytoin, Carbamazepin, insbesondere bei sturzgefährdeten Patienten) zu vermeiden.

Neben der Anwendung zusätzlicher protektiver Massnahmen (siehe oben) können Schutzhelme beim Vorliegen oben beschriebener Anfälle sehr sinnvoll sein. Bei einer therapieresistenten Epilepsie kann das vorherige telemetrische oder rein videographische Aufzeichnen der Anfälle in einer spezialisierten epileptologischen Abteilung wichtig sein, um die Sturzereignisse zu erfassen, das Gefährdungspotential abzuschätzen und zu allfälligen Schutz- und Überwachungsmassnahmen Stellung zu nehmen, die bei uns von der Pflege und Abteilung «Werktherapie» durchgeführt werden. Hier hat sich gezeigt, dass der individuelle Anfallstyp die Anpassung spezieller Helmtypen (Abb.) verlangt. So sind ggf. spezielle Polster insbesondere im Stirnhirngebiet indiziert, die aber auch kombiniert mit einem Kinn-Polsterriemen gerade bei Stürzen aufs Gesicht nicht sicher vor gravierenden Verletzungen inkl. Kieferfrakturen schützen. Auch ein klassischer vergitterter Eishockeyhelm (Abb.), kann sich in einem solchen Fall nicht als ausreichend erweisen, da auch hier durch Dislokation im Rahmen eines Sturzes Verletzungen auftreten können. Individuelle Anpassungen – auch bezüglich Tragekomfort – mit ggf. Verwendung eines auch oft sozial mehr akzeptierten Downhill-Fahrradhelms mit speziellen Anpassungen (Abb.), können wichtig sein, um die Dislokation des Helms durch den Sturz zu vermeiden. Individuelle Adaption der verschiedenen Kopfschutzmechanismen – Vollschutzhelm, Lederhelm, Kappen, individuelle



Abb.: Stirrband und Schutzhelme bei Epilepsie.

Hüte, Perücken mit protektiven Einlagen oder reine Stirnbänder (Abb.) – sind abhängig von der Aktivität der Epilepsie sehr wichtig. Perücken und Stoffmützen mit Einlagen sind nicht klinisch validiert. Stirnbänder werden häufig sozial mehr akzeptiert und z.B. in unserer Klinik bei Medikamentenveränderungen mit vermehrter Sturzgefahr in der Regel angewendet. Sie können vor allem massive Schädelfrakturen verhindern, schützen

den Gesichtsschädel ebenso wie die meisten Helme allerdings meist nicht ausreichend. Wichtig ist auch das Achten auf den korrekten Sitz der Schutzmechanismen (z.B. Verschluss des Kinnriemens, Stirnband tief genug über der Temporalregion usw.). Helme sollten bei rezidivierenden Stürzen auf den Kopf immer wieder von kompetenten Fachleuten überprüft und ggf. ersetzt werden. Ein guter Halt und die leichte Öffnung des

Kinnriemens ist für den Epilepsiekranken im Alltag und für Betreuungspersonen im Notfall sehr wichtig. Die Zwangsfixierung des Helmes bei Schwerstbehinderten sollte eine Ausnahme darstellen.

Die Helmkosten werden bei Vorliegen eines ärztlichen Attests in der Regel von der Invalidenversicherung übernommen.

Prävention

Reitunfälle: Frauen häufiger betroffen – Reitprüfung schützt vor Unfällen

*Dr. med. Rebecca Hasler,
Notfallzentrum, Inselspital Bern*

Höheres Alter, keine Reitprüfung, keine Protektoren – diese Faktoren erhöhen beim Reiten das Unfallrisiko. Frauen sind signifikant häufiger betroffen. Das Universitäre Notfallzentrum des Inselspitals, Universitätsspital Bern, das jährlich rund 60 schwere Reitunfälle behandelt, hat eine Studie über Risikofaktoren, Unfallursachen und Verletzungen beim Reiten durchgeführt.

Reiten ist ein beliebter und häufig ausgeführter Sport, sowohl von Erwachsenen als auch von Jugendlichen. In der Schweiz reiten ungefähr 150 000 Personen regelmässig. Dies entspricht ca. 2% der Bevölkerung. Die Mehrheit sind Frauen. Etwa 65 000 Reiterinnen und Reiter sind Mitglied in einem Verein.

Für die Studie unter der Leitung von PD Dr. med. Aris Exadaktylos und Dr. med. Rebecca Hasler, die im Rahmen einer Doktorarbeit (von Medizinstudentin Lena Gyssler) durchgeführt wurde, wurden alle Reitunfälle von 2000 bis 2006 rückblickend untersucht, die im Notfallzentrum behandelt wurden. Zusätzlich wurde eine Risikoanalyse und Befragung von verletzten Pferdesportlern im Vergleich zu unverletzten Reitern durchgeführt. Die Studie wurde mit Hilfe privater Spenden realisiert.

Stürze als häufigste Unfallursache

In der rückblickenden Studie wurden 365 Patienten und Patientinnen erfasst.

Tritte (19%) und Bisse (2%) traten am seltensten auf. Die Patienten standen dabei entweder hinter oder neben dem Pferd und bedurften einer chirurgischen Versorgung. Die häufigste Unfallursache waren jedoch Stürze vom Pferd (65% aller Unfälle). Die Verunfallten waren vorwiegend Frauen (76%) mit einem mittleren Alter von 30 Jahren (Spannweite 15–76 Jahre). Die Gruppe der jungen Frauen von 15 bis 30 Jahren machte beinahe 40% aller Verunfallten aus. Das mittlere Alter der verunfallten Männer betrug 41 Jahre (Spannweite 16–78 Jahre).

Die Schädel/Hirn- und Wirbelsäulenverletzungen stellen mit 48% den grössten Anteil der Verletzungen dar, wobei die häufigsten Schädel-Hirn-Traumata leichtgradig sind (80%). 14 Personen erlitten beim Unfall schwere neurologische Symptome: darunter eine mit Tetraplegie (Lähmung aller vier Gliedmassen) und eine mit Paraplegie (Lähmung der unteren Gliedmassen). Zwei Personen starben an den Folgen eines Reitunfalls.

Helm halbiert Verletzungsrisiko

Um die erhobenen Daten statistisch belegen zu können, wurden in einer mathematischen Analyse, welche unabhängig von Einflussfaktoren wie Alter und Geschlecht ausgewertet, Risikofaktoren ermittelt. Dafür wurden sowohl die im Inselspital behandelten Pferdesportler als auch eine Kontrollgruppe von unverletzten Reitern befragt. Es ergaben sich die folgenden möglichen Risikofaktoren: Höheres Alter, weibliches Geschlecht, keine Reitprüfung. Und: Wer einen Helm

trägt, hat nur ein halb so hohes Verletzungsrisiko.

Erschrecken des Pferdes

Die Hälfte der Unfälle ereignete sich beim Reiten über Land. In jedem dritten Fall war die Unfallursache ein Erschrecken des Pferdes. 20% gaben an, vor oder beim Reiten nicht auf Alkoholkonsum zu verzichten. Über 80% der Verunfallten erlitten in der Vorgeschichte schon einen oder mehrere Reitunfälle. Viele der verletzten Personen änderten danach ihren Reitstil (62%). Die Pferderasse, wie z.B. Warmblut, Kaltblut oder Vollblut, und auch der Reitstil, wie z.B. Dressurreiten, Western, Distanzreiten etc., scheinen auf die Unfallhäufigkeit keinen bedeutenden Einfluss zu haben.

Reiterfahrung schützt

Das Notfallteam konnte berechnen, dass die Kombination aus Reiterfahrung und einer bestandenen Reitprüfung vor Unfällen schützt. Das klingt logisch, widerspricht jedoch der bisherigen Lehrmeinung, dass es zwangsläufig irgendwann zu einem Unfall der einen oder anderen Art kommt, je häufiger und länger man reitet. Ein Sprichwort der pferdevernarrten Araber sagt: «Der Friedhof ruft nach dem Reiter.»

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand VHBB:
Christoph Hollenstein
www.vhbb.net

Notfall

Seit dem 1. Dezember 2009 ist die gemeinsame Notfallpraxis des Universitätsspitals Basel (USB) und der Medizinischen Gesellschaft Basel (MedGes) in Betrieb – ein Projekt, an welchem Exponenten der VHBB massgeblich beteiligt waren, welches aber auch die Unterschiede zwischen Stadt- und Landkanton verdeutlicht. Nicht nur die Patienten profitieren von dieser neuen Dienstleistung, sondern auch das Universitätsspital, welches die teure Infrastruktur der Notfallstation nicht für «Bagatellen» zur Verfügung stellen muss, und offensichtlich auch die Kolleginnen und Kollegen, welche als «Piloten» bereits Notfalldienst geleistet haben. Insbesondere der Austausch und die Freiheiten an diesem Arbeitsplatz wurden gelobt.

Umorganisation im Vorstand der VHBB

Nicht zuletzt aufgrund der Erfahrungen im Rahmen der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes wurde der VHBB vor Augen geführt, wie wichtig sowohl eine «städtische» wie auch eine «ländli-

che» Repräsentanz auf Vorstandsebene ist. Diesem Bedürfnis wird nun vermehrt Gewicht verliehen, indem statt einem Präsidenten und einem Vizepräsidenten neu zwei Co-Präsidenten möglich sind – so beschlossen an der Generalversammlung vom 11.2.2010.

Dr. F. Héritier an der GV der VHBB

Kollege François Héritier, Präsident der SGAM und Vizepräsident des neuen Dachverbandes der Haus- und Kinderärzte, beehrte die Jahresversammlung der Hausärzte beider Basel mit einem Kurzvortrag und anschliessender Diskussion zum Thema, wo der Dachverband vom Regionalverband profitieren kann und umgekehrt bzw. wo die Erwartungen des Dachverbandes gegenüber den Regionen stehen. Selbstredend wurde die Gelegenheit auch genutzt, die Erwartungen der Grundversorger «an der Basis» dem Dachverband gegenüber kundzutun. Mit Sicherheit stellte dieser Anlass eine fruchtbare Auseinandersetzung mit der aktuellen standespolitischen Lage dar, von welchem alle Teilnehmenden profitieren konnten.

Pädiater in der VHBB

An der GV wurde mit Dr. Marie-Anne Steinemann eine erste Kinder- und Ju-

gendärztin in den Vorstand gewählt. Einige weitere KollegInnen Pädiater haben sich ebenfalls entschlossen, sich in der VHBB einzubringen. Sie sind alle willkommen und bedeuten einerseits eine wichtige Verstärkung des regionalen Hausärzteverbandes, andererseits garantieren sie, dass spezifisch pädiatrische Anliegen der ambulanten Medizin auch die nötige Bedeutung erhalten.

Haus- und Kinderärzte Schweiz

Ein Hauptgewicht der aktuellen Aktivitäten der VHBB liegt aktuell beim Aufbau des gesamtschweizerischen Dachverbandes, welcher am 1.4. seine erste Delegiertenversammlung abhalten wird. An diesem Tag soll auch die «Hausärzte-Initiative» (von unseren Patienten so wahrgenommen) eingereicht werden. Es deutet somit alles darauf hin, dass 2010 ein Schicksalsjahr für die Grundversorger werden wird – und nicht nur für diese!

Ein Bericht der Kommission GNP (gemeinsame Notfallpraxis MedGes / Universitätsspital BS) über die ersten Erfahrungen wird im Heft 3 erscheinen.

→ **Zur Erinnerung:** Mitgliederversammlung MedGes am 25. März, 19 Uhr im Zentrum für Lehre und Forschung, Kantonsspital, Hebelstrasse 20, 4056 Basel, kleiner Hörsaal.

Vereinfachung von nicht notfallmässigen Hospitalisationen auf der Inneren Medizin

PD Dr. Jörg D. Leuppi,
Universitätsspital Basel

Die Innere Medizin des Universitätsspitals Basel befasst sich neben der Prävention vor allem mit der Diagnostik, Behandlung sowie Nachsorge von Erkrankungen aus dem gesamten Bereich der Inneren Medizin. Dabei stehen verschiedenste Spezialkliniken, die Universitätspoliklinik sowie vier Bettenstationen zur Verfügung. Notfallmässige Hospitalisationen werden unverändert an unsere Interdisziplinäre Notfallstation zugewiesen. Wir möchten ab sofort die Möglich-

keit von regulären, nicht notfallmässigen Hospitalisationen vereinfachen, indem Sie diese Eintritte Montag bis Freitag 07.00–16.00 Uhr direkt unter Tel. Nr. 061 556 56 56 anmelden und uns eventuelle schriftliche Zusatzinformationen über FAX Nr. 061 265 48 40 übermitteln können. Diese Telefonnummer soll Ihnen ermöglichen, uns unkompliziert und relativ unbürokratisch Patienten zuzuweisen. Die von einer Pflegestationsleitung angenommene Anmeldung wird dann von einem medizinischen Oberarzt angesehen, der bereits erste Verordnungen veranlasst. Damit soll eine reibungslose

Aufnahme und auch rasche Abwicklung der Abklärung und Therapie Ihrer Patienten gewährleistet werden. Im Frühjahr wird dann zusätzlich unsere Internetseite aufgeschaltet sein, dann können neben obiger Tel.-Nr. auch mittels E-Mail Patienten zugewiesen werden.

Für allfällige Fragen steht Ihnen der Unterzeichnete jederzeit gerne zur Verfügung.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, 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 Ärztegesellschaft 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 Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: christoph.itin@hin.ch) anmelden.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 31.3.2010