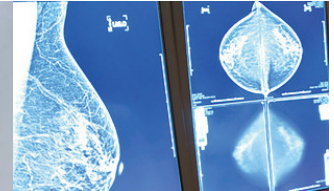


Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

www.aerzte-bl.ch
www.medges.ch



Leitartikel

Was geschah an der Ärztekammer vom 26. Mai in Biel?

Tobias Eichenberger, Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Auszug aus einem Positionspapier der Ärztesgesellschaft Baselland, der Medizinischen Gesellschaft Basel, der Kantonalen Ärztesgesellschaft Schaffhausen, der Association des Médecins du Canton de Genève, der Société Suisse de Dermatologie, der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Schweizerischen Gesellschaft für Otorhinolaryngologie:

Vorbemerkung: Seit bald sieben Jahren arbeiten die Parlamentarier an der Managed-Care-Vorlage 04.062. Diese wird derzeit zwischen den beiden Kammern feinjustiert. Sie sieht unter anderem vor:

1. Zwingende Budgetmitverantwortung für alle Netzwerke.
2. Differenzierter Selbstbehalt: Der bisherige für alle Versicherte gültige 10%ige Selbstbehalt wird differenziert: 5–10% im Managed Care versus 15–20% ohne Managed Care. Dadurch Einführung einer Zweiklassenmedizin mit faktischem Verlust der freien Arztwahl für die niedrigen Einkommen. Das ärztliche Handeln in den Netzwerken wird dem Diktat der Krankenkassen unterworfen.

Ablauf der AK: Mit Antrag 7.1. schlug ein VSAO-Delegierter an der Ärztekammer fristgerecht vor, dass die FMH sich aktiv gegen diese Vorlage (wie sie derzeit im Parlament verhandelt wird) positioniere und dass die FMH ein allfälliges Referendum dagegen unterstütze. Nach lebhafter Debatte wurde am Vormittag dieser Antrag mit 71 Ja- zu 63 Neinstimmen

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

• Gesetzesvorlage 04.062 Managed Care: Fact or Fiction?	3
• Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»	5
• Keineken – oder denkt bitte einmal zwei Züge voraus	7
• Das eine tun und das andere nicht lassen	8
• Rechtliche Aspekte zur Annahme von Geschenken in der Praxis	9
• Screening zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs in der Schweiz: Die Wissenschaft sagt ja	10
• Selbsthilfe – eine ansteckende Form von Gesundheit	12
• Grosseltern-Netz: Wenn Enkel- kinder Krebs haben	13
• Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte	14

Editorial

Managed Care-Vorlage: Urabstimmung

Die Gesetzesvorlage 04.062 Managed Care hat ein entscheidendes Problem: Niemand braucht sie! Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken brauchen sie nicht, weil sie bereits in einer Managed-Care-Organisation engagiert sind, Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht oder noch nicht in einem offiziellen Netzwerk zusammengeschlossen haben, brauchen sie nicht, weil sie dies nicht oder noch nicht wollen. – In der Schweiz sind bereits rund 50% der Hausärzte und Hausärztinnen in Organisationen und Netzwerken verschiedenster Couleur, mit und ohne Budgetmitverantwortung, zusammengeschlossen. Als kantonale Ärztesgesellschaft arbeiten wir eng mit diesen Net-

zen zusammen und unterstützen deren Entwicklung, die auch in Zukunft physiologisch, freiheitlich und freiwillig erfolgen sollte. Ebenso schützen wir diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die nicht oder noch nicht bereit sind, sich einem Netz anzuschliessen. Die aktuell im Parlament zwischen National- und Ständerat im Sinne eines Basars hin und her geschobene Managed-Care-Vorlage wird von uns abgelehnt und bekämpft. Der Zwang zu Managed Care, die obligatorische Budgetmitverantwortung, der differenzierte Selbstbehalt und die daraus resultierende Entmündigung von Arzt und Patient sind inakzeptabel. Die Vorstände der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel haben sich Ende letzten Jahres in einer ge-

meinsamen Verlautbarung im Interesse unserer Patientinnen und Patienten gegen die aktuelle Managed-Care-Vorlage ausgesprochen. Der offene Brief an den Zentralvorstand der FMH wurde in der Schweizerischen Ärztezeitung 51/52, 2010 auf Seite 2039 publiziert. Aktuell verlangen vier Kantonalgesellschaften (BL, BS, GE, SH) und drei Fachgesellschaften (Dermatologen, Ophthalmologen, ORL) eine Urabstimmung zur Haltung der FMH gegenüber dieser Vorlage. Die vorliegende Nummer der Synapse soll im Hinblick auf die folgende Urabstimmung für das Thema sensibilisieren und die Diskussion eröffnen.

Dr. Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

angenommen. Es folgte eine weitere Motion 7.3 der Ärztesgesellschaft Baselland, eine Urabstimmung zu diesem Beschluss zu veranlassen. Mit einer Fünftelstimmigkeit (!) stimmten die Ärztekammerdelegierten einer Urabstimmung unter den knapp 35 000 FMH-Ärztinnen und -Ärzten zu. Auch die Delegierten des VSAO stellten sich einstimmig hinter beide Anträge.

Diese Entscheidungen führten zu einer grossen Unruhe bei der Führung von FMH und VEDAG sowie bei der MFE (Hausärzte Schweiz).

Nach der Mittagspause – nachdem mehrere Befürworter der Anträge 7.1 und 7.3 die Sitzung bereits verlassen hatten – wurde vom VEDAG ein Rückkommensantrag zum zuvor gefällten Entscheid 7.1 eingereicht, ohne dass neue oder veränderte Entscheidungsgrundlagen vorgelegen hätten. Die FMH-Führung schien von diesem Vorhaben angetan. Vom Präsidenten der AG Zürich und anderen Befürwortern der MC-Vorlage wurde der morgendliche Entscheid als «absolute Katastrophe» bezeichnet und das Ende der FMH-Politik prophezeit, falls die Managed-Care-Vorlage nicht eingeführt werde. Die FMH sei nun durch den Entscheid für eine Urabstimmung in einem Schraubstock gefangen, weil sie die von der Führung vorangetriebene bisherige Pro-Managed-Care-Politik nicht mehr weiterführen könne. Ein Managed-Care-Vertreter verstieg sich sogar zur Aussage, dass eine Urabstimmung unter den FMH-Mitgliedern zu diesem Thema das Schlimmste sei, was zum gegenwärtigen Zeitpunkt geschehen könne, eine «Katastrophe». Nicht ganz unerwartet wurde nach dieser «Panikmache» der Rückkommensantrag zum Traktandum 7.1 angenommen. – Soweit wurden wenigstens die statutarischen Vorgaben zwar ausgereizt, aber auch eingehalten.

Die FMH-Führung wollte dann aber nicht mehr über den ursprünglichen Antrag des VSAO, sondern über einen Alternativantrag des VEDAG abstimmen lassen. Damit wäre eine gültige Abstimmung über den Antrag 7.1 verhindert worden. Dies mit Kalkül, da lediglich gegen einen gültigen Entscheid der AK eine Urabstimmung verlangt werden

kann. Nach unwürdigem Geplänkel wurde dann wenigstens doch noch über diesen Antrag wieder abgestimmt und entgegen der Abstimmung vom Morgen erfolgte eine Ablehnung.

Noch während der Ärztekammer wurde statutenkonform ein schriftliches Begehren für eine Urabstimmung durch sieben Ärzteorganisationen gestellt: Es waren dies die kantonalen Ärztesgesellschaften Basel-Stadt, Baselland, Genf und Schaffhausen sowie die Gesellschaften für Dermatologie, Ophthalmologie und für Otorhinolaryngologie. Die Rechtmässigkeit dieser Eingabe wurde sogleich von Präsident Jacques de Haller ungeachtet der FMH-Statuten angezweifelt.

Fazit: Die Managed-Care-Vertreter und die FMH-Führung wollen à tout prix die Änderung des Bundesgesetzes über Managed Care (Vorlage 04.062) durchzwingen, obwohl sie dabei auf langjährige Forderungen verzichten, und versuchen, mit allen Mitteln eine freie Meinungsbildung der FMH-Mitglieder via Urabstimmung im Keim zu ersticken. – **Wichtig ist, dass die oben genannten Gesellschaften nicht grundsätzlich gegen Managed Care sind, sondern nur gegen den Zwang zu diesem System, die obligatorische Budgetmitverantwortung und den differenzierten Selbstbehalt. Managed Care soll sich in einem freien Markt bewähren und seine Vorteile zeigen können.**

Beeindruckend ist, wie schnell der Zentralvorstand nach dieser Ärztekammersitzung reagierte. Keine vier Tage danach erhielten alle Parlamentarier eine von Jacques de Haller unterschriebene Empfehlung. Davon ein Auszug: «Die Vorlage für die KVG-Revision zu den integrierten Versorgungsnetzen gehört zu den zentralen Anliegen der FMH. Der Revisionsentwurf ist für die notwendige Entwicklung unseres Gesundheitssystems von entscheidender Bedeutung. Ein Scheitern der Vorlage wäre eine Katastrophe. Die FMH hofft deshalb sehr, dass sie von den eidgenössischen Räten in einer konstruktiven Form verabschiedet wird. Die aktuelle Vorlage erfordert von al-

Gründe für eine Urabstimmung zum Kurs der FMH in Sachen Gesetzesvorlage 04.062 Managed Care (gegen den Entscheid der Ärztekammer vom 26.5.2011, Antrag Nr. 1 zu Traktandum Nr. 7):

1. Eine Urabstimmung ist ein schwerwichtiges basisdemokratisches Instrument, welches bei derart wegweisenden Entwicklungen unseres Gesundheitssystems eingesetzt werden sollte.
2. Es fehlt derzeit bei grossen Teilen der Basis an Vertrauen in die Führung der FMH. Eine Urabstimmung legitimiert die FMH, im Sinne ihrer Basis einen bestimmten politischen Kurs zu verfolgen.
3. Nach wie vor sind viele Mitglieder der FMH nicht oder nur wenig informiert und interessiert an den aktuellen und zukünftigen standespolitischen Problemen und Aufgaben. Die im Vorfeld der Urabstimmung zwingend stattfindende breite Diskussion soll und wird zumindest einen Teil der Basis für die aktuellen Fragen sensibilisieren und das standespolitische Verständnis fördern.

len Partnern beträchtliche, aber auch ausgewogene Konzessionen – die FMH ist, in Absprache mit santésuisse, bereit, diese hinzunehmen und den Schritt nach vorne zu ermöglichen.» Zitatende.

Dies erinnert an ein anderes Übergehen der FMH-Mitglieder. Schon im Mai 2010 hatte die Ärztekammer mit grossem Mehr die Motionen von Dr. M. Matter (Vorstandsmitglied der Association des Médecins du Canton de Genève) angenommen, die gegen den differenzierten Selbstbehalt und gegen die zwingende Budgetmitverantwortung positioniert waren. Diese Beschlüsse wurden vom Zentralvorstand der FMH nie umgesetzt. Offensichtlich fürchtet sich die FMH-Führung vor dem Ergebnis einer Urabstimmung, und wir können nun gespannt sein, wie sie auf das statutengerechte Begehren nach einer Urabstimmung reagieren wird.

Managed Care

Gesetzesvorlage 04.062 Managed Care: Fact or Fiction?



Prof. Dr. med.
Marcus M. Maassen,
Präsident PULSUS

Die Prämien für die Krankenversicherungen steigen stetig. Nachhaltige Konzepte zur Reduktion des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen liegen bisher noch nicht vor. Auf der Suche nach

neuen Konzepten zur Dämpfung des Kostenanstiegs wird von den Politikern mit der Gesetzesvorlage «04.062 Managed Care» die flächendeckende Einführung des Managed-Care-Systems vorgeschlagen. Dies entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, da gleichzeitig in den klassischen Managed-Care-Ländern, wie etwa in Grossbritannien, eine gegenteilige Entwicklung stattfindet. Getragen vom Gedanken einer kostengünstigen Medizin, wurde Managed

Care in England in den letzten Jahren landesweit implementiert. Der Trend im nationalen Gesundheitsdienst (NHS) in England war geprägt von einer Zentralisierung im Gesundheitswesen. Das in England realisierte steuerfinanzierte NHS ist flächendeckend für die gesamte Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen der englischen Bevölkerung zuständig und geprägt von nichtfreien Lenkungsorganen, die einer staatlichen Monopolversorgung gleichen.

Diese Lenkungsorgane leiten die Gesundheitsfürsorge in Arztpraxen, Spitälern und medizinischen Institutionen. Dieses System, das mit grosser Hoffnung in den letzten Jahrzehnten eingeführt wurde und dessen Kernelement die flächendeckende Versorgung mit einem Managed-Care-System ist, hat sich jetzt als umständliche und ineffiziente Organisationsstruktur entpuppt. Es ist kein Geheimnis, dass zentrale, quasi staatliche Lenkungsstrukturen zu erheblichen Wartezeiten für Patienten geführt haben. Wochen- und monatelange Wartezeiten auf bildgebende Verfahren oder operative Therapien waren die Konsequenz. Das Ziel einer kostengünstigeren Medizin im internationalen Vergleich wurde verfehlt. Der Anstieg der Gesundheitskosten war sogar deutlich stärker als in den Ländern, die Managed Care nicht flächendeckend implementiert haben. Als Reaktion auf die Ineffizienz des englischen Gesundheitssystems hat die britische Regierung in den letzten Wochen einen Gesetzesentwurf präsentiert mit dem Ziel, zentralisierte Strukturen abzubauen und den freien Arztpraxen und den Spitälern mehr Freiheit einzuräumen. Dieses Prinzip basiert auf der grundlegenden Erkenntnis, dass die Arztpraxen im Gegensatz zu den staatlichen Funktionären die Bedürfnisse der Bevölkerung besser einschätzen können. Der Hausarzt kennt seine Patienten persönlich und ist an vorderster Front 24 Stunden täglich für seine Patienten da. Medizinbürokraten kennen die Bedürfnisse der Patienten bestenfalls aus der Literatur. Ferner erhofft sich die britische Regierung durch den freien Wettbewerb Effizienzgewinne angesichts limitierter Ressourcen im Gesundheitswesen. Der Blick über die Landesgrenzen zeigt eindeutig die systemimmanenten Schwächen der flächendeckenden Managed-Care-Versorgungssysteme: Die Wartezeiten für medizinische Behandlung sind so gross, dass sie zu erheblichem Unmut in der Bevölkerung führen. Nachdem in anderen Ländern (Grossbritannien, Dänemark etc.) die flächendeckenden Managed-Care-Systeme keine Evidenz für eine kostengünstigeren Medizin und einen Qualitätsverbesserung erbringen konnten, ist es nicht nachzuvollziehen, dass gerade jetzt die Politiker in der Schweiz einen Systemwechsel hin zu einem flächendeckenden Managed-Care-System in der Frühjahrssession beraten. Es darf durchaus betont werden, dass es keine fundierten oder wissenschaftlichen Beweise für einen flächendeckenden gesundheitsökonomischen Nutzen von Managed Care gibt. Trotzdem plant das Parlament 2012, diejenigen Patientinnen und Patienten, die sich nicht in einem integrierten Versorgungsmodell versichern wollen, einer erheblichen finanziellen Mehrbelastung auszusetzen. Gerade Familien und einkommensschwache Kranke, Rentner und gesellschaftlich weniger auf Rosen gebettete Mitbürger werden so in einem Managed-Care-System zwangsintegriert, da sie nicht über die finanziellen Ressourcen verfügen, eine Mehrbelastung zu tragen. Dies ist

umso bedauerlicher, als viele Rentner ein Leben lang pünktlich ihre Prämien bezahlt haben und am Lebensabend um die Früchte ihrer Beiträge gebracht werden, indem eine Zuzahlungsverpflichtung für den Erhalt der freien Arztwahl fällig ist. Der Patient, der sich mündig den Arzt seines Vertrauens auswählen konnte, wird somit zum unmündigen Patienten erklärt. An dieser Stelle noch von Entscheidungsfreiheit beim Abschluss von Versicherungsverträgen zu sprechen, entbehrt jeglicher Rechtfertigung. De facto führt die Gesetzesvorlage «04.062 Managed Care» somit zum Verlust der freien Arztwahl und zu Knebelverträgen. Es wird daher für viele Mitbürger ein finanzieller Zwang bestehen, da die erhöhte Prämien- und Selbstbehalte, die für die freie Arztwahl erforderlich wären, nicht mehr zu bezahlen sind. Daher entsteht neu für viele Mitbürger ein Managed-Care-Zwang. Darin liegt auch der feine Unterschied: Die integrierten Versorgungssysteme, die bereits heute effiziente Arbeit leisten, tun dies sicher in den meisten Fällen schon gut. Aber jetzt soll neu ein Managed-Care-Zwangssystem etabliert werden mit allen nachteiligen Folgen.

Die Rationierung medizinischer Leistungen

Stillschweigend wird bei den Managed-Care-Zwangssystemen nach aussen die zwingende Budgetmitverantwortung, die einen integrativen Bestandteil der Managed-Care-Systeme darstellt, nicht kommuniziert. Managed-Care-Zwang bedeutet jedoch früher oder später immer Rationierung. Es wäre auch für Managed-Care-Zwangnetzwerke nicht unbedingt werbetreibend, wenn an der Gruppenpraxis plakativ dargestellt werden würde: willkommen in einem System der zwingenden Budgetmitverantwortung mit verdeckter Rationierung. Im Klartext: Die zwingende Budgetmitverantwortung führt im Resultat unweigerlich zu einer verdeckten Rationierung. Gerade dies ist für den Patienten undurchschaubar, da ihm vor Behandlungsbeginn nicht offenbart wird, ob er sich in ein Netzwerk mit einem Kostendeckel beibt oder nicht. Die Patientinnen und Patienten der Schweiz müssen darauf hingewiesen werden, dass Managed Care immer Rationierung bedeutet. Denn durch Managed Care werden die Kosten nicht gesenkt. Auch das vielgepriesene Argument, dass Doctor Shopping unterbunden werde und dadurch die Kosten gesenkt werden, muss dabei hinterfragt werden. Es stellt sich nämlich die Frage, wie gross überhaupt der Kostenanteil ist, der durch Doctor Shopping im Gesundheitswesen entsteht. Der Anteil der Gesundheitskosten, der im ambulanten Sektor durch diagnostische Massnahmen anfällt, beträgt nämlich nur 2,1% der Gesamtgesundheitskosten. Im Klartext: Managed Care bedeutet weniger Geld für die Gesundheit der Patienten. Die gewählten Volksvertreter, die Managed Care im Parlament befürworten, wollen die schlechte Versorgung der Patienten in Kauf nehmen.

Die Gesundheitskosten werden nicht sinken

Das von einigen Politikern postulierte Sparpotential von etwa 1,1 Mrd. CHF, wenn ein flächendeckendes Managed-Care-System eingeführt werden würde, bezieht sich auf eine Aussage, die die Zukunft betrifft, und ist mit erheblicher Unsicherheit behaftet. Vielmehr wurde den Mitgliedern der Gesundheitskommission (SGK) eine aktuelle Studie der Helsana-Versicherung vorgelegt. Diese Studie zeigt, dass interessanterweise die Kostenersparnisse allenfalls langfristig realisiert werden könnten. Auch wenn rund 60 Prozent der Bevölkerung sich einem Managed-Care-System anschliessen würden, sei nicht zu erwarten – so die Helsana-Studie –, dass es zu einer Kostenreduktion kommen wird. Fazit: Die Kosten werden sicher nicht sinken. Es wird sogar zu einem Aufrüsten von Software, Servern, Administration, Controllern und nicht-medizinischen Schattenprofiteuren kommen – genau wie in anderen Ländern auch –, und dies wird sicher nicht kostenneutral erfolgen können.

Die Qualität wird sinken

Das vielgepriesene Qualitätsargument, dass von den Promotoren der Pro-Managed-Care-Aktivistin immer wieder aufgeführt wird, entbehrt an dieser Stelle jeglicher Grundlage. Die Qualität wird sicher nicht durch Managed Care verbessert. Denn unsere Hausärzte und Spezialärzte leisten jetzt schon 100%ige Qualität. Was soll dann hier noch weiter verbessert werden können? Der gutbetreute Patient braucht ohnehin nicht zu einem zweiten Arzt zu gehen, wenn er mit seinem Arzt zufrieden ist.

Schutz des Sozial- und Patienten-geheimnisses nicht gesichert

Wer sich in Managed-Care-Zwangssystemen behandeln lässt, muss wissen, dass seine Daten auf den Servern der Managed-Care-Netzwerke gespeichert sind. Dazu gehören sowohl die somatischen als auch die psychischen Diagnosen und die verordneten Medikamente. Alle Schweizer, die Netzwerkverträge unterschreiben, sollten wissen, dass ihre sensiblen Daten vom Kostenträger gespeichert und gewinnbringend verwendet werden. Es droht der gläserne Patient. Heikel wird es dann, wenn die Daten an Versicherungen, die auch Lebensversicherungen anbieten, weitergegeben werden. Es wird nicht mehr lange dauern, bis sich auch der eidgenössische Datenschützer der nachfolgenden, bisher nicht geklärten Fragen annehmen wird.

1. Durch welche Kontrolle wird sichergestellt, ob die Krankenkassen nicht mehr als die absolut notwendigen Daten erfassen und speichern?
2. Durch welche Kontrolle wird sichergestellt, dass nicht rentable Patienten nicht ausgegrenzt werden?
3. Durch welche Kontrollen wird ein beliebiger Wachstumsschub bei der Datenverarbeitung verhindert werden?

Die 1993 gegründete Vereinigung PULSUS (www.pulsus.info) setzt sich entschlossen gegen diesen Zwang zu Managed Care ein und wird das Referendum ergreifen. Wer der Auffassung ist, dass PULSUS die einzige Gruppierung ist, die sich gegen Managed Care zur Wehr setzt, läuft Gefahr, die schweizweite flächendeckende Sympathiewelle, die von Genf bis St. Gallen und von Basel bis ins Tessin reicht, zu unterschätzen. Vier Kantonalgesellschaften (BL, BS, GE, SH) und drei Fachgesellschaften (die Schweizerische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie, die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft), die psychiatrische Gesellschaft PSICA, die Schweizerische Belegärztevereinigung und viele andere, gleichsam wichtige kantonale Gesellschaften und Fachgruppen, die an dieser Stelle nicht vollständig benannt werden können, setzen sich für die Freiheit der Arztwahl ein. Die Bündelung der Opposition zum Managed-Care-Zwang wurde realisiert, indem ein «Runder Tisch Referendum Managed-Care» gegründet und das nachfolgende Manifest verabschiedet wurde (siehe Kasten).

Ankündigung des Referendums

Das Manifest hat der «Runde Tisch Referendum Managed-Care» an alle National- und Ständeräte, die Mitglieder der Gesundheitskommission sind, geschickt. Der «Runde

Manifest des «Runden Tisches Referendum Managed Care» zum Referendum gegen den Managed-Care-Zwang

Obwohl es keine wissenschaftlichen Beweise für den gesundheitsökonomischen Nutzen von Managed Care (Integrierte Versorgung) gibt, planen die eidgenössischen Räte, PatientInnen finanziell empfindlich zu bestrafen, wenn sie sich nicht in einem integrierten Versorgungsmodell versichern wollen. Dies durch unannehmbare, sogenannte «differenzierte» Selbstbehalte. Viele PatientInnen werden so praktisch gezwungen, einem Managed-Care-Modell beizutreten.

Die Gesetzesvorlage «04.062 Managed Care» bedeutet für die PatientInnen den Verlust der freien Arztwahl und Knebelverträge. Ebenfalls patientenfeindlich wird sich der Zwang zur Budgetmitverantwortung der Ärztenetzwerke auswirken. Er ist letzten Endes eine verdeckte Rationierung und mündet in einen unvermeidbaren Qualitätsverlust. Gleichermassen problematisch ist das Vorrecht der Versicherer, die Netzwerke zu definieren. Sie können nach Gutdünken bestimmen, welchen ÄrztInnen sie Verträge gewähren und welchen nicht.

Und nicht zuletzt bleibt bei Managed Care das Arztgeheimnis, also die vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung, auf der Strecke. Integrierte Versorgung verträgt sich nicht mit dem Datenschutz.

Aus diesen Gründen sind wir entschlossen, gegen den Managed-Care-Zwang das Referendum zu ergreifen.

Tisch Referendum Managed Care» wird gegen die KVG-Revision das Referendum ergreifen, sollte die Gesetzesrevision in irgendeiner Weise die freie Arztwahl in Frage stellen in Form von höheren Selbstbehalten für Patientinnen und Patienten, die sich nicht einem Ärztenetzwerk anschliessen wollen.

Aus all den oben genannten Argumenten fasse ich zusammen: Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte gebt acht und lasst Euch nicht hinters Licht führen, in-

dem man Euch nur die halbe Wahrheit vermittelt. Wir wollen keinen zentralstaatlich gelenkten Gesundheitsapparat wie in Grossbritannien. Wer an der nachhaltigen Sicherung der Freiheit der Arztwahl interessiert ist, sollte die Website www.referendum-managedcare.ch besuchen und unverbindlich dort seine Mailadresse hinterlassen. Ich danke allen, die uns bisher mit Rat und Tat unterstützt haben und grüsse Sie/Euch herzlich.

Keineken – oder denkt bitte einmal zwei Züge voraus



Marco Bianchetti,
Präsident Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft, Sursee

Letztes Jahr versuchte eine mutige kleine Brauerei in Engelberg, ein neues Bier zu lancieren. Nicht ganz zufällig suchte sie sich für dieses Produkt einen Namen, der entfernt an einen grossen multinationalen Konzern erinnert, der ein mittelmässiges, allgemein einigermassen gefälliges Massenprodukt herstellt, das gewiss alle internationalen Standards und Qualitätszertifikate vorweisen kann, aber niemanden richtig zu begeistern weiss. Nicht ganz zufällig steht vor diesem Namen das Wort «kein», um hervorzuheben, dass es sich bei diesem Produkt um ein lokales Produkt handelt, das dem Geschmack der einheimischen Bevölkerung angepasst ist und das mit qualitativ guten, lokal hergestellten Ausgangsprodukten hergestellt wird. Nicht ganz zufällig versucht der internationale Konzern, dies zu verhindern, und erreicht dank seiner Marktmacht eine superprovisorische Verfügung, die den Namen verbietet.

Warum erzähle ich diese Geschichte? Hätte jemand vor 20 Jahren gesagt, der Biermarkt in der Schweiz werde heute nur noch durch zwei grosse internationale Bierkonzerne beherrscht, hätte man diese Person für verrückt erklärt. Der Biermarkt war lebendig, viele kleine und mittlere, lokal gut verankerte Betriebe waren auf dem Markt, und die Bevölkerung schätzte das lokale Bier, die Verschiedenheit und die Auswahl der Produkte. Niemand interessierte sich für Qualitätszertifikate, die einem suggerieren, das schlechte Bier, das man trinke, sei gut, denn das Bier, das man genoss, war wirklich gut. Den Prozess, den dieses Gewerbe durchgemacht hat, nennt man in betriebswirtschaftlichem Jargon: Konsolidierung. Das ist der Übergang von einem lebendigen Markt von kleinen und mittleren Anbietern zu einem Markt mit zwei bis drei grossen internationalen Konzernen, die den Markt beherrschen, einem faktischen Oligopol. Das Aufspriessen von kleinen lokalen Brauereien wird den jetzigen Zustand auch nicht ändern, denn für den Vertrieb des Bieres besteht ebenfalls ein Oligopol

von Verkaufsketten (Coop/Denner/Aldi/Lidl), das nicht interessiert daran ist, lokale Produkte dezentral einzukaufen, sondern nur an Grossmengen interessiert ist, die von diesen kleinen Produzenten nicht hergestellt werden können. Sie werden deshalb Nischenanbieter bleiben, ein kleines Feigenblatt, das das faktische Oligopol tarnt.

Ich habe immer noch nicht erklärt, warum ich dieses Beispiel beschreibe, aber einige spüren vielleicht schon, dass es sich irgendwie auch um den «Gesundheitsmarkt» handeln muss. Die heutige Situation im ambulanten Gesundheitssektor gleicht der Situation des Biermarktes vor 20 Jahren, und ich werde von Euch vielleicht auch als verrückt angeschaut, wenn ich Euch sage, dass wir in weniger als 20 Jahren, falls wir noch berufstätig sind, mässig motivierte Angestellte von zwei bis drei Gesundheitskonzernen sein werden, die den ambulanten Gesundheitsmarkt der Schweiz mit ihren mittelmässigen Managed-Care-Produkten beherrschen, und unsere wichtigsten Probleme werden darin bestehen, ob wir siebeneinhalb oder acht Stunden pro Tag arbeiten, wie viele Kaffeepausen oder ob wir vier oder fünf Wochen Ferien haben. Ihr werdet sagen, das ist nicht möglich, wir werden doch unsere Praxen nicht an einen Konzern verkaufen, und doch sind einige von uns schon auf dem Weg dorthin.

Es hat schon mehrere Versuche gegeben das Schweizer Gesundheitswesen in diese Richtung zu verändern. Die ersten Versuche waren plump und nannten sich HMO. Man versuchte, das Endresultat in einem Schritt herzustellen. Es wäre sicher der einfachste Weg gewesen, die Patienten durch finanzielle Anreize in kasseneigene HMOs umzuleiten, die immer mehr gewachsen wären und mit der Zeit die gängigen Arztpraxen ersetzt hätten. Die Schweizer Patienten liessen sich aber durch die subventionierten Prämien nicht ködern, denn jeder Patient weiss es zu schätzen, dass er immer den gleichen Arzt als Ansprechpartner hat, zu dem er Vertrauen hat. Auch die Ärzte machten nicht mit, da sie lieber ihre eigenen Herren und Meister waren. Also musste ein etwas komplizierterer Weg gefunden werden. Einerseits musste das Gesundheitswesen verteuert werden, um einen finanziellen Druck auf die Patienten aus-

zuüben. Dies wurde mit dem neuen KVG bestens erreicht. Es wurden alle Pflegeleistungen (Spitex, Pflegeheime usw.) mit einbezogen, es kam die alternative Medizin dazu, was in kurzer Zeit zu einem grossen Prämienschub führte. Bei den Ärzten erhöhte man den Preisdruck, führte unter falschen Versprechungen einen neuen Tarif ein und strich Leistungen, wie Labor und Röntgen, so dass die Motivation, ein eigenes Geschäft zu führen, immer geringer wurde.

Unter diesem allgemeinen Druck werden nun Ärztenetzwerke gefördert, welche Kosten sparen sollen. Idealistische Ärzte, welche leider nicht zwei Züge vorausdenken, versuchen auf diesem Weg mitzuhelfen, Kosten zu sparen. Die wirklich gesparten Kosten sind zwar nicht gross, sie werden aber durch die sogenannt «normal» Versicherten quersubventioniert. Die Kassen haben es aber damit geschafft, erste, noch relativ locker organisierte prä-HMOs zu gründen. Diese lockeren Verbände werden aber immer mehr unter einen gegenseitigen Konkurrenzdruck kommen, was sie zwingen wird, sich immer straffer in «Betriebseinheiten», z.B. in Form einer AG mit angestellten Ärzten, zu organisieren. Unter dem weiter bestehenden Konkurrenz- und Preisdruck werden diese Betriebseinheiten versuchen, Wettbewerbsvorteile durch gegenseitige Fusion zu erreichen. Es werden immer weniger und dafür grössere Anbieter auf dem Markt sein, die ihre Managed-Care-Produkte anbieten. Wenn nur noch einige wenige Anbieter da sind, werden sie von den wenigen zurückgebliebenen Krankenkassen einverleibt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese dann in grossen internationalen Versicherungskonzernen verschwinden werden.

Deshalb denkt zwei Züge im Voraus! Versucht nicht, Euch durch Mitmachen in Netzwerken einen vermeintlichen Konkurrenzvorteil zu holen. Einmal drin, kommt ihr nicht mehr heraus, da Ihr dann von den Patienten des Netzwerkes abhängig seid. Versucht, nicht nur den eigenen Vorteil zu suchen, sondern habt auch ein Gespür für das Gesamtinteresse und hinterlasst unseren Nachfolgern einen attraktiven Beruf. Ihr seid dann auf die Behandlung durch sie angewiesen!

(Artikel erschien bereits im «Ophta» und im »Luzerner Arzt«).

Volksinitiative

«Ja zur Hausarztmedizin»

Stellungnahme Medizinische Gesellschaft Basel und Ärztesgesellschaft Baselland zum Vernehmlassungsentwurf des EDI



Die Ärztesgesellschaften beider Basel haben zum direkten Gegenentwurf zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» folgendermassen Stellung genommen:

«Der Gegenentwurf des EDI ist unserer Meinung nach in keiner Weise geeignet, die Anliegen unserer Grundversorger genügend abzubilden. Wir lehnen diesen Gegenentwurf demnach entschieden ab.»

Bezüglich der Begründung für diese Ablehnung möchten wir auf die ausführlich dargelegten Argumente des nationalen Verbandes «Hausärzte Schweiz» (<http://www.sgam.ch/home/initiative.html>) hinweisen, ohne diese hier nochmals darzulegen. Es wird allgemein anerkannt, dass die Hausarztmedizin gefördert und unterstützt werden soll. Wir stellen auch in unseren Kantonen fest, dass die Praxisüber-

gabe in dieser Fachrichtung schwierig zu organisieren ist, da sich keine Nachfolger dafür finden lassen.

Es besteht die Tendenz, dass solche Praxen von kasseneigenen Gesundheitszentren sowie anderen gewinnorientierten Unternehmungen übernommen werden; eine Tendenz, welche bezüglich der fehlenden Unabhängigkeit für die Patientinnen und Patienten unhaltbar ist.

Die Motivation der jungen Ärzte, den Beruf als Hausärztin/Hausarzt zu erlernen, ist sehr gering, dies aufgrund der unbefriedigenden Situation in der Praxis. Auch stellen wir fest, dass der allgemeine Notfalldienst immer schwieriger zu organisieren ist; die Motivation schwindet auch hier, und der Dienst verteilt sich immer mehr auf die jungen Kolleginnen und Kollegen, die dieser Belastung kaum mehr standhalten können.

Anliegen der Initiative ist, die Hausärzte mit steuernder Funktion ins Zentrum des Gesundheitssystems zu stellen. Dazu müssen diese mit den notwendigen Voraussetzungen ausgestattet werden, wie die Initiative sie schaffen will.

Der Text der Initiative ist unseres Erachtens ausgewogen, auf die übrigen Verfassungsbestimmungen abgestimmt und in den Forderungen massvoll – alles zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zur Gewährleistung einer ausreichenden, allen zugänglichen, fachlich umfassenden und qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung.»

Die entsprechenden Schreiben an das BAG finden Sie unter www.medges.ch bzw. www.aerzte-bl.ch

Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung in Zusammenarbeit mit der MedGes Basel und der Ärztesgesellschaft Baselland

Das eine tun und das andere nicht lassen

«Woher nehmen wir die Ärzte für die Schweiz?»

Anna Sax

Wie stellen wir es an, damit die Schweiz in Zukunft nicht nur genügend, sondern auch die «richtigen» Ärztinnen und Ärzte ausbildet? Diese Frage stand am Anfang der Podiumsdiskussion der *Schweizerischen Ärztezeitung* in Basel, und sie führte zu einer animierten Diskussion. Für alle Beteiligten war klar: Der «Import» von ausländischen Ärzten ist nicht das Modell der Zukunft. Nach Alternativen wird fieberhaft gesucht.

Der basel-städtische Gesundheitsdirektor *Carlo Conti* nahm den ersten Ball des Gesprächsleiters *Werner Bauer* auf: «Der FC Basel ist seit Jahren an der Spitze des Schweizer Fussballs, weil er viel in die Jugendförderung investiert hat.» Die Kantone müssten mehr in den akademischen Nachwuchs investieren, so Conti. Das Bundesamt für Gesundheit BAG, auf dem Podium vertreten durch Vizedirektor *Stefan Spycher*, will dort wirken, wo es kann, zum Beispiel in der Gesundheits-



Der Saal im Hotel «Les Trois Rois» in Basel war bis auf den letzten Platz gefüllt.

Aussenpolitik: «Der WHO-Code verpflichtet uns zu fairem Verhalten. Und es ist nicht fair, im grossen Stil Gesundheitspersonal anzuwerben, das anderswo ausgebildet worden ist.» Es fehle, wie mehrere Votanten auf dem Podium und im Publikum betonten, nicht an Kandidatinnen und Kandidaten für das Medizinstudium, sondern an Studienplätzen und an Geld. *Albert Urwyler*, Dekan der Medizini-



Das Podium (v.l.n.r.): Gesprächsleiter Dr. med. Werner Bauer, Präsident des SIWF; Dr. phil. Cornelia Oertle, Direktorin FH für Gesundheit Bern (leicht verdeckt); Dr. iur. Carlo Conti, Regierungsrat Basel-Stadt; Prof. Dr. med. Albert Urwyler, Dekan der med. Fak. Universität Basel; Dr. med. Marianne Laifer, Co-Präsidentin Medical Women Switzerland; Dr. rer. pol. Stefan Spycher, Vizedirektor BAG; Dr. med. Gert Printzen, Mitglied ZV FMH.

schen Fakultät der Universität Basel, konstatierte: «Geld ist das eine. Es braucht gleichzeitig einen Effort auch im organisatorischen Bereich.» Doch die Zahl der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte sagt noch nicht alles aus, wie Conti betonte: «Ich bin nicht bereit, 100 zusätzliche Studienplätze zu finanzieren, damit wir am Schluss 100 neue Schönheitschirurgen haben. Wir brauchen vor allem Hausärzte.» Diese Forderung wurde von mehreren Hausärztinnen und Hausärzten aus dem Publikum lebhaft unterstützt.

Gert Printzen als Vertreter der angestellten Ärzte im Zentralvorstand des FMH sah Optimierungspotenzial in der Entlastung von Assistenzärztinnen von administrativen Arbeiten: «Die ärztlichen Kernaufgaben gilt es zu fördern, damit kann der Arztberuf nochmals deutlich attraktiver werden.» Bauer klopfte auf den Busch: Sollten Ärztinnen und Ärzte nicht von Arbeiten entlastet werden, die andere ebenso gut machen können? Warum sollen Echokardiographien nicht von fachlich qualifiziertem Pflegepersonal gemacht werden, wie es in anderen Ländern bereits der Fall ist? *Cornelia Oertle*, Leiterin des Fachbereichs Gesundheit der Berner Fachhochschule, relativierte:

«Ziel der Ausbildungsreformen für Pflegenden ist es nie gewesen, den Aufgabenbereich in Richtung ärztliche Tätigkeit auszuweiten, sondern den Bedarf an gut ausgebildeten Pflegenden im stationären Bereich zu decken.» Die erweiterten Bildungsmöglichkeiten im Pflegeberuf eröffnen laut Oertle dennoch neue Chancen: Mit neuen Berufsfeldern wie Advanced Nurse Practitioners würden auch Akademikerinnen angesprochen, die umsteigen möchten und sonst den



Beim anschliessenden Apéro drehte sich das Gespräch nicht nur um medizinische Themen. Vielleicht war auch die bevorstehende Meisterfeier des FCB ein Thema.

Von links nach rechts: Marianne Laifer, Heiner Sandmeier, Carlo Conti, Stefan Spycher, Gert Printzen.

Pflegeberuf vielleicht nicht gewählt hätten. Angesprochen fühlen sich Akademikerinnen auch vom Beruf der Ärztin. Die Frauenquote bei den Staatsexamen liegt bereits bei über 60%. Fragt sich nun, ob das eher eine Chance oder einen Nachteil darstellt für die ärztliche Versorgung, denn Frauen haben in der Regel einen anderen Zugang zum Arztberuf als Män-

ner, wie *Marianne Laifer*, Co-Präsidentin von Medical Women Switzerland, ausführte: «Ärztinnen arbeiten anders. Sie verbringen mehr Zeit mit den Patientinnen und Patienten, und sie wählen weniger technische Sparten der Medizin.» Der Ärztemangel werde dadurch in gewissen Gebieten wie etwa der Chirurgie verstärkt.

«Das eine tun und das andere nicht lassen», so könnte man das Fazit dieser Veranstaltung zusammenfassen oder, wie es Oertle formulierte: Wir müssen den Nachwuchs fördern und zugleich über neue Modelle der Arbeitsteilung nachdenken.

Recht

Rechtliche Aspekte zur Annahme von Geschenken in der Praxis



Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald

Sachverhalt

Der Ehrenrat der MedGes hatte vor kurzem einen Fall zu beurteilen, in welchem ein Mitglied der MedGes von einem Patienten einen Betrag von 2000 Franken als Geschenk angenommen hatte. Das Mitglied wurde vom Sohn des betagten Schenkers beim Ehrenrat eingeklagt. Der Ehrenrat hat das Mitglied zu einer Busse verurteilt sowie mit einem Verweis belegt, dies basierend auf folgender

Rechtsgrundlage

Gemäss Art. 38 der Standesordnung StaO ist die Annahme von Geschenken von Patientinnen und Patienten unzulässig, wenn sie den Arzt oder die Ärztin in ihren ärztlichen Entscheidungen beeinflussen können und das übliche Mass kleiner Anerkennungen übersteigen.

Ausführungen

Der Ehrenrat führt dazu aus: «Eine Schenkung von 2000 Franken ist mehr als eine kleine Anerkennung», wie sie Art. 38 StaO zulässt. Unter kleinen Anerkennungen sind Naturalgaben wie eine Flasche Wein, Blumen oder Süssigkeiten zu verstehen. Vom Umfang her war die Annahme der Schenkung unzulässig.» Das angeklagte Mitglied hat im Verfahren ausgesagt, dass das Geldgeschenk es in keiner Weise im ärztlichen Handeln beeinflusst habe. Dazu führt der Ehrenrat folgendes aus: «Die StaO verbietet die Annahme von Schenkungen, die den Arzt oder die Ärztin in ihren ärztlichen Entscheidungen beeinflussen können. Die blosser Möglichkeit einer Beein-

flussung genügt, dass die Annahme der Schenkung standeswidrig ist. Es ist leicht denkbar, dass sich ein Arzt oder eine Ärztin nach Entgegennahme eines Geldgeschenkens von 2000 Franken veranlasst fühlt, den Schenker besonders gut zu betreuen. Ein Betrag von 2000 Franken zusätzlich zum ordentlichen Honorar ist (...) ein merkbarer Zustupf, der motivierend wirken kann. Das genügt für die Unzulässigkeit der Schenkung.»

Definition des Begriffs «das übliche Mass kleiner Anerkennungen»

Grundsätzlich stellt sich die Frage, wie sich der Begriff «das übliche Mass kleiner Anerkennungen» definiert. Bisher wurde die Untergrenze für Geschenkkannahmen in der FMH nicht definiert (es sind zwei Erbschaftsfälle bekannt, bei denen der begünstigte Arzt verurteilt wurde, dabei ging es jedoch um sehr hohe Beträge). Auch im Korruptionsstrafrecht (99.026 Revision des Korruptionsstrafrechts, 213.3) wird die untere Begrenzung der Strafbarkeit nicht konkret beziffert. Musterregelungen für den Umgang mit Geschenken seien nur beschränkt verallgemeinerungsfähig, so verdiene z.B. ein «bestimmtes, relativ umfangreiches Geschenk eine durchaus unterschiedliche Beurteilung, je nachdem ob es vom Bürger an den langjährigen Gemeindepfarrer zu dessen Pensionierung oder aber vom Informatik-Lieferanten an den Amts-Einkäufer zu Weihnachten geht». Grössere Firmen wie auch amtliche Stellen regeln die Annahme von Geschenken in internen Richtlinien. So empfiehlt das Personalamt der Finanzdirektion des Kantons Zürich zum Beispiel, dass Höf-

lichkeitsgeschenke bis zu einem Wert von etwa 50 bis 100 Franken angenommen werden dürfen, sofern keine Gefahr besteht, dass dadurch die Unabhängigkeit der oder des Angestellten beeinflusst wird.

Zusammenfassung

Es wurde bisher keine klare Untergrenze der Strafbarkeit bei Annahme von Geschenken definiert. Bei Klage muss der Ehrenrat im Einzelfall entscheiden. Als Faustregel werden jedoch folgende Empfehlungen abgegeben:

«Höflichkeitsgeschenke von geringem Wert» (Blumenstraus, Weinflaschen, Süssigkeiten) dürfen angenommen werden, sofern der Arzt bzw. die Ärztin in seinen/ihren ärztlichen Entscheidungen nicht beeinflusst wird.

Von der Annahme von Geldbeträgen ist grundsätzlich abzusehen. Dies gilt selbstverständlich auch für die Annahme von Geldbeträgen zusätzlich zum ärztlichen Honorar bei grundversicherten Patienten. Das Aufstellen eines «Kaffikässelis» für die Praxisangestellten ist erlaubt. Diese Ausführungen beziehen sich lediglich auf das private Arzt-Patienten-Verhältnis. Spitalärzte haben sich zusätzlich an die spitalinternen Weisungen zu halten. Für die Beziehungen zwischen Ärzteschaft und den kommerziellen Zulieferern des Gesundheitsmarktes, so insbesondere der Pharma- und Medizinprodukteindustrie, gelten die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der FMH.

Screening zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs in der Schweiz: Die Wissenschaft sagt ja

Michael J. Mihatsch*
Prof. (em.) für Pathologie und Vize-
präsident der Krebsliga beider Basel

Krebs ist in der Schweiz die Erkrankungsgruppe, die für grosses Leid der Betroffenen, ihrer Familien und die meisten verlorenen Lebensjahre verantwortlich ist. Das nationale Krebsprogramm der Schweiz nennt drei konkrete, in der Schweiz umsetzbare Ziele. Jeder Bewohner der Schweiz soll den gleichen Anspruch haben auf:

- ein niedriges Krebsrisiko durch Vorbeugung und Früherkennung
- sinnvolle Diagnostik und Behandlung nach neuesten Erkenntnissen
- eine psychosoziale und palliative Betreuung

Die Kernziele des Nationalen Krebsprogramms (2011–2015) lauten wie schon in den Vorjahren wie folgt:

- Weniger Menschen in der Schweiz erkranken an Krebs.
- Weniger Menschen in der Schweiz sterben an Krebs.

Brustkrebs – häufigste Krebserkrankung bei Frauen

Brustkrebs ist die häufigste Krebsart (32%) und die häufigste Krebstodesursache (20%) bei Frauen in der Schweiz: Jährlich erkranken über 5200 Frauen an einem Brustkrebs, über 1300 Frauen sterben daran. Dadurch verlieren Frauen unter 70 Jahren 7500 Lebensjahre.

Früherkennung tut not!

Die Ursachen des Brustkrebs sind weitgehend unbekannt. Die wenigen bekannten Risikofaktoren bieten keinen ausreichenden Ansatzpunkt für eine Primärprävention.

Deshalb kommt der Krebsfrüherkennung beim Brustkrebs eine entscheidende Bedeutung zu. Diese zielt dar-

auf ab, Vorstufen oder früheste Stadien schon vor dem Auftreten von Beschwerden zu erkennen.

Die Prognose für den Krankheitsverlauf hängt beim Brustkrebs wie bei den meisten Krebsarten vom Stadium der Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose ab. Je früher das Stadium, also je kleiner der Tumor ist und je weniger Metastasen es gibt, umso höher sind die Heilungsrate und die Überlebenschancen.

Der aktuelle Stand der Wissenschaft erlaubt eine klare Empfehlung für ein systematisches Screening auf Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs. Auf nationaler Ebene gibt es in der Schweiz für diese drei Krebsarten aber keine flächendeckenden, systematischen und strukturierten Früherkennungsprogramme.

Systematische Früherkennung in der Schweiz

Bereits in den 1990er Jahren führten verschiedene Kantone der Westschweiz sogenannte Mammographie-Programme zur systematischen Früherkennung von Brustkrebs ein. Nach einer Neubeurteilung des Mammographie-Screenings verankerte der damalige Bundesrat Pascal Couchepin 2009 die Finanzierung der Brustkrebs-Früherkennung im Rahmen von Programmen unbefristet im Leistungskatalog der Grundversicherung. Die Kosten belaufen sich pro Untersuchung insgesamt auf rund 230 Franken. Im vergangenen Jahr führte St. Gallen 2010 als erster Kanton der Deutschschweiz eine systematische Brustkrebs-Früherkennung ein, im Januar 2011 folgte Thurgau und im Juni dieses Jahres Graubünden. In den beiden Basel sind die Gesundheitsdirektionen zurzeit mit der Ausarbeitung einer Vorlage an die Parlamente befasst.

In den meisten europäischen Ländern wird allen Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren empfohlen, alle zwei Jahre eine Mammographie im Rahmen von Screening-Programmen durchzuführen, sofern keine anderen Faktoren eine engmaschigere Überwachung erfordern.

Mammographie zur Früherkennung

Die systematische Früherkennung von Brustkrebs mittels Mammographie ist in acht grossen wissenschaftlichen Studien ausführlich untersucht worden, und die Senkung der Brustkrebssterblichkeit ist unzweideutig nachgewiesen. Es besteht berechnete Hoffnung, die Brustkrebssterblichkeit um ein Viertel zu senken.

Da bei Frauen ab 50 Jahren das Erkrankungsrisiko drastisch zunimmt, ist das Mammographie-Screening ab dem 50. Lebensjahr sinnvoll. Acht von zehn Frauen, die an Brustkrebs erkranken, sind über 50 Jahre alt.

Die Mammographie ist die technisch und wirtschaftlich sinnvollste Methode für systematische Untersuchungen und anderen Techniken (MRI- oder Ultraschalluntersuchungen) überlegen.

Wie jede andere medizinische Untersuchung birgt auch die Mammographie Risiken. In einer jüngsten Metaanalyse aller relevanten Studien wurden folgende Risiken für die Altersklasse der 60- bis 69-jährigen Frauen errechnet:

- Ein falsch positives Mammogramm kommt einmal bei 13 Untersuchungen vor.
- Eine falsch positiv beurteilte Biopsie kommt einmal bei 196 Untersuchungen vor.
- Ein nicht erkannter Tumor kommt einmal bei 714 Untersuchungen vor.
- Ein strahlenbedingter Brustkrebs kommt einmal bei 373 000 Untersuchungen vor.

Aufgrund stetig verschärfter Guidelines dürften die Risiken heute deutlich geringer sein.

Die Position der Krebsliga Schweiz und der Krebsliga beider Basel

Die Krebsliga unterstützt nach eingehendem Studium der Datenlage durch ihre Brustkrebs-Expertengruppe die Einführung der systematischen Brustkrebs-Früherkennung – im Wesentlichen aus folgenden Gründen:

1. Nutzen durch frühzeitige Erkennung
Das Ziel der Brustkrebsfrüherkennung

* Basierend auf Informationen der Krebsliga Schweiz, Onkosuisse und jüngster Publikationen.

besteht darin, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu entdecken, wenn der Krebs noch keine Beschwerden bereitet. Wird Brustkrebs früh entdeckt, ist die Behandlung meist schonender, und die Überlebenschancen der betroffenen Frau sind im Allgemeinen höher. Systematische Früherkennungsprogramme können Brustkrebs-Todesfälle verhindern.

2. Schaden geringer als Nutzen

Screening bringt Nutzen – eventuell aber auch Schaden. Ein auffälliger Befund in der Mammographie, allfällige weitere Abklärungen (etwa Zusatz- oder Vergrößerungsaufnahmen, Biopsie) und die Wartezeit bis zum definitiven Befund sind für viele Frauen belastend. Die meisten Frauen fühlen sich aber auch entlastet, wenn sie erfahren, dass bei ihnen kein Brustkrebs vorliegt. Bei jeder medizinischen Untersuchungsmethode kann es zu falsch positiven und falsch negativen Resultaten kommen, auch bei der Mammographie. Die Gefahr von falschen Untersuchungsergebnissen und sogenannten «Überdiagnosen» wird durch die Einhaltung hoher Qualitätsanforderungen minimiert.

3. Qualität als zentraler Vorteil

Bereits heute wird in einem beträchtlichen Ausmass Früherkennung betrieben – man spricht von opportunistischem Screening, das auf Wunsch der Patientin oder auf Anregung des Arztes vorgenommen wird. Auch dieses bringt Nutzen – wie auch Schaden: Wie im systematischen Screening produziert dieses System ebenfalls Testfehler und Nachuntersuchungen. Und die Qualitätssicherungsstandards sind nicht garantiert. Durch die Systematisierung der Prozesse und die Orientierung an internationalen Vorgaben (dabei vor allem die «European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis») schneiden systematische Screening-Untersu-



chungen besser ab als opportunistische Vorsorgeuntersuchungen.

Screening-Programme erfordern:

- Akkreditierungen von Radiologen und Medizinisch-Technischen Radiologie-Assistenten (MTRAS)
- regelmässige technische Kontrolle der Geräte
- zwingende Zweit- resp. Dritt- oder Konsensusbeurteilungen
- standardisierte weitergehende Abklärungsprozesse (Biopsie usw.)
- systematische Erfassung und Auswertung der Ergebnisse des gesamten Verfahrens.

4. Zugänglichkeit und Freiwilligkeit

Die Teilnahme an einem Screening-Programm ist freiwillig. Jede Frau kann selbst entscheiden, ob sie eine Screening-Mammographie durchführen lassen möchte oder nicht. Eine Einladung kann immer abgelehnt werden.

Der Unterschied zum heutigen, opportunistischen System liegt in der Zugänglichkeit für alle – unabhängig vom Ver-

sicherungsstatus der Frau oder von ihrer sozialen und finanziellen Lage oder ihrer Herkunft. In einem systematischen Programm werden Frauen regelmässig untersucht. All diese Vorteile tragen zur Chancengleichheit der Frauen bei.

Zusammenfassung

Die Krebsliga beider Basel erachtet das Mammographie-Screening als die gegenwärtig einzige Methode zur Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen ab 50 Jahren. Entsprechend setzt sie sich dafür ein, dass auch Frauen in den beiden Basel die Möglichkeit erhalten, von einer qualitativ hochstehenden, systematischen Früherkennung im Rahmen eines strukturierten Screening-Programms auf Bevölkerungsebene zu profitieren. **Die Wissenschaft hat Antworten geliefert, jetzt hat die Politik das Wort.**

Ich danke den Herren Prof. Dr. A. Dellas (Basel) und P. Imhof (Bern) für ihre Unterstützung.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
synapse@emh.ch

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

Abonnementkosten
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 Ärztesellschaft 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 Langloß-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. Der Fortbildungskalender wird momentan mit der aktuellen Synapse auf www.aerzte-bl.ch und www.medges.ch aufgeschaltet.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 12.8.2011

Zentrum Selbsthilfe Basel

Selbsthilfe – eine ansteckende Form von Gesundheit

Kristin Metzner, Geschäftsleiterin
Zentrum Selbsthilfe

Das Zentrum Selbsthilfe fördert mit einem Leistungsauftrag der beiden Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft die Selbsthilfe in der Region. In den beiden Halbkantonen sind zurzeit 164 Gruppen zu 83 verschiedenen Themen aktiv.

Selbsthilfegruppen leisten einen wichtigen Beitrag in der Gesundheitsförderung und -prävention. Teilnehmende an Selbsthilfegruppen übernehmen Verantwortung für ihre Gesundheit, nutzen medizinische Angebote gezielter und zeigen eine grössere Compliance in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen. Mit der Selbsthilfe gewinnen beide Seiten: Ihre Patienten und Patientinnen sowie Sie als Ärztin und Arzt. Lassen Sie sich von der Selbsthilfeidee anstecken!

Wann empfehle ich als Arzt oder Ärztin eine Selbsthilfegruppe?

- Der/die Patient/in hat das Bedürfnis, sich mitzuteilen, z.B. bei Krankheitsbeginn oder bei schweren Schicksalsschlägen. Dies bringt Entlastung und Akzeptanz der eigenen Situation.
- Fragen zum Umgang mit Auswirkungen der Krankheit im Alltag: Der/die Patient/in lernt von Bewältigungsstrategien anderer Betroffener.
- Zeitweilige Mutlosigkeit oder Ausichtslosigkeit: Ermutigung durch andere Betroffene, die einen Umgang mit ihrer Krankheit gefunden haben.
- Belastung bei Angehörigen: Entlastung in Selbsthilfegruppen für Angehörige.
- Seltene Krankheiten: Wir vernetzen schweizweit auch einzelne Menschen miteinander.

Wann ist eine Selbsthilfegruppe nicht indiziert?

- Akut erlebte Traumata oder akute Suizidalität erfordern eine psychiatrische Begleitung; in einem zweiten Schritt kann eine Selbsthilfegruppe sinnvoll sein.



- Akute Psychosen oder akuter Suchtmittelmissbrauch: Die Gruppenfähigkeit ist eingeschränkt.

Wie empfehle ich eine Selbsthilfegruppe?

- Andere Betroffene erleben Ähnliches. Sie werden verstanden und können Solidarität erfahren.
- Schwieriges mitzuteilen entlastet; Freuden mitzuteilen tut gut und steckt an.
- Sie hören von Erfahrungen anderer und können dieses Wissen für sich nutzen.
- Sie sind Teil einer Gruppe und gestalten diese mit. Sie gewinnen wieder Handlungsfähigkeit.
- Sie können sich und anderen etwas geben. Dies stärkt ihr Selbstvertrauen.

Wie sieht unser Beratungsangebot aus?

Täglich beantworten wir im persönlichen Kontakt Anfragen zu Selbsthilfegruppen. Im Jahr 2010 waren es 1322 Anfragen zu somatischen und psychischen Erkrankungen sowie zu psychosozialen Themen.

Wie entsteht eine neue Selbsthilfegruppe?

Falls wir einer interessierten Person keine bestehende Gruppe vermitteln

können, bieten wir Unterstützung beim Neuaufbau an. Ein konkretes Beispiel: Während unserer Öffnungszeit im Help Point kommt eine junge Frau vorbei. Sie hat bei ihren ersten beiden Schwangerschaften ihr Kind verloren. Sie möchte andere Eltern finden, mit denen sie sich über ihre Schicksalsschläge austauschen kann. Wir recherchieren bei uns in der Selbsthilfedatenbank und im Internet, welche bestehenden Angebote es zu diesem Thema bereits gibt.

Die Frau möchte eine Gruppe spezifisch zu diesem Thema aufbauen. Wir informieren sie über die Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfegruppen sowie über das weitere Vorgehen. Die Frau erarbeitet eigenständig einen Flyer. Sie schreibt u.a.: «Ziel der Selbsthilfegruppe ist es, sich in einer neutralen Umgebung



Jubiläumsbriefmarke: 30 Jahre Zentrum Selbsthilfe Basel

zu treffen, um über das Erlebte zu sprechen, sich auszutauschen, verstanden zu werden und gemeinsam einen Weg aus der Fassungslosigkeit und der Trauer zu finden.» Mit einem gezielten Versand des Flyers an Institutionen bitten wir, auf die Gruppengründung aufmerksam zu machen. Dies ist der erste Schritt der Öffentlichkeitsarbeit. Ein Interview in der *Basler* und der *Basellandschaftlichen Zeitung* sind weitere Optionen, um an betroffene Eltern zu gelangen.

Nun ist Geduld angesagt. Das Zentrum Selbsthilfe sammelt die Anfragen von interessierten Personen. Haben sich sechs bis acht Personen gemeldet, so laden wir zum ersten Gruppentreffen ein. **Die ersten drei Treffen werden von einem/r Berater/in des Zentrums Selbsthilfe begleitet.** Die neuen Gruppenmitglieder lernen sich kennen. Wir fragen nach ihren Anliegen und bisherige Erfahrungen in der Arbeit in Gruppen. Aus diesen Schwerpunkten wird eine Gruppenvereinbarung erarbeitet. Themen wie Gruppenmoderation, Ablauf eines Treffens, Kommunikationsregeln, Verbindlichkeit, Umgang mit neuen Mitgliedern werden gemeinsam besprochen. Mit diesem Werkzeug-

koffer zur Gruppendynamik starten die Mitglieder in die Eigenständigkeit. Nach sechs Treffen besucht die Beraterin die Gruppe für eine Standortbestimmung. Gemeinsam werten wir aus, was bisher gut funktioniert hat und was noch verbessert werden soll.

Bei späteren Schwierigkeiten, die die Gruppe nicht selbst lösen kann, kann eine Beratung vom Zentrum Selbsthilfe beigezogen werden. Immer geht es darum, das Wissen und die Ressourcen in der Gruppe zu fördern.

Zweimal im Jahr laden wir alle Selbsthilfegruppenmitglieder zu einem Vernetzungstreffen und zu einer Weiterbildung ein.

Haben wir Sie angesteckt?

Wir verstehen uns als Kompetenzzentrum für Empowerment und Gruppenarbeit und sind von der ansteckenden Wirkung der Selbsthilfe überzeugt. Mit unserem Angebot vernetzen wir Menschen und bringen ihre eigenen Ressourcen zum Tragen.

Dieses Jahr feiern wir unser **30-jähriges Bestehen mit einem Fest**. Am 30. September und 1. Oktober öffnen wir unsere

Türen durchgehend während 30 Stunden. Klientinnen und Klienten aus unseren Gruppen haben vielfältige Ideen entwickelt, die sie in Eigenregie umsetzen. Sie sind herzlich eingeladen. Lassen Sie sich von Kulinarischem, Kulturellem und Kreativem überraschen. Wir freuen uns, wenn Sie Ihre Patientinnen und Patienten zu den Möglichkeiten der Selbsthilfe informieren und ermutigen. Auf www.zentrumselbsthilfe.ch finden Sie ein Verzeichnis der bestehenden Selbsthilfegruppen.

 **Zentrum Selbsthilfe**
Finde andere. Finde dich.

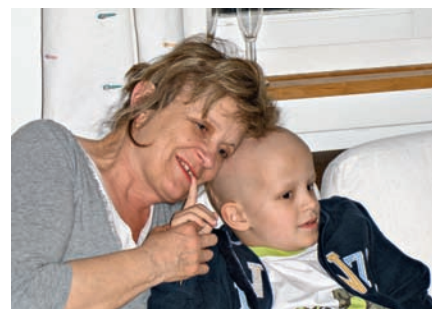
Zentrum Selbsthilfe Basel
Feldbergstrasse 55, 4057 Basel
mail@zentrumselbsthilfe.ch
www.zentrumselbsthilfe.ch
Telefon 061 689 90 90

Selbsthilfeorganisationen

Grosseltern-Netz: Wenn Enkelkinder sterben

Stirbt ein Kind, gehören zum engsten Kreis der Betroffenen fast immer auch Grossmütter und Grossväter. Viele von ihnen haben eine intensive Beziehung zu ihren Enkeln und kümmern sich regelmässig um sie. Das Wissen um ihren bevorstehenden Tod oder ihr unerwartetes Sterben belastet auch Grosseltern. Sie tragen nicht nur den Schmerz des kranken Kindes mit, sondern auch das Leid seiner Geschwister, der eigenen Kinder und ihrer Partner. Brigitte Trümpy, die ih-

ren Enkel Till verlor, will Grosseltern in der gleichen Situation vernetzen und ihnen eine Stimme geben. «In den vier Jahren von Tills Krebs hätte ich mir oft gewünscht, mehr Kontakt zu anderen betroffenen Grosseltern zu haben. Weil das, was uns geschieht, verbindend sein kann und weil Schicksal teilen so hilfreich ist», schreibt sie auf der Website des neu gegründeten Netzwerks. Es richtet sich an Betroffene aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Weitere Informationen



auf www.sternenkinder-grosseltern.ch.
(Sternenkinder-Grosseltern)

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.

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

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

Fehlende Praxisnachfolger

Praxisschliessungen werden nur selten einem breiteren Publikum bekanntgegeben. Solche Ereignisse sind für den betreffenden Hausarzt wohl schmerzlich, nicht nur finanziell, sondern auch wegen der Ungewissheit darüber, ob seine Patienten auch künftig gut weiterbetreut werden. Meist zeichnet sich der Praxisverlust aber über eine längere Zeit ab, etliche mögen derweil resignieren, und nur wenige sehen dann noch eine Notwendigkeit, den «Schaden» noch zu publizieren.

Der Vorstand hat sich nun Gedanken darüber gemacht, wie mit Praxisschliessungen, soweit sie nicht zu verhindern sind, öffentlichkeitswirksam(er) umgegangen werden kann. Einerseits möchten wir erfassen, wo ein Patientenaufnahmestopp erfolgt ist bzw. wo noch Kapazitäten vorhanden sind (dies dürfte vor allem auf dem Land von Bedeutung sein, über kurz oder lang wird es jedoch städtische Gebiete ebenfalls betreffen). Andererseits soll die Öffentlichkeit über Praxisschliessungen regelmässig informiert werden. Wie genau (Inserat, gezielter Artikel, andere Optionen), ist noch nicht beschlossen; zuerst soll versucht werden, die diesbezüglichen Bedürfnisse bei den direkt betroffenen KollegInnen zu erfassen. Siehe dazu untenstehenden Kasten!

Überführung von Einzel- zu Gruppenpraxen

Die Bildung von Gruppenpraxen hat oftmals persönliche, zuweilen auch finanzielle Gründe. Diese schlagen sich auch in der Rechtsform der Gruppenpraxis nieder. Für Gruppenpraxen, bei welchen die Gesamtverantwortung bei allen Ärzt(inn)en liegt, ist es wichtig, dass auch auf persönlicher Ebene orchestriert werden kann, weshalb sich in den meisten Fällen die betreffenden Kolleg(inn)en schon im Vorfeld fragen, ob sie zusammenpassen und allenfalls auch «krisenfest» sind. Das Problem ist aber oft, dass

beim Auftauchen der Idee, das «Einzelkämpfertum» aufzugeben, nicht klar ist, wer sich ebenfalls mit diesem Gedanken trägt (vielleicht gar der Nachbar ...?). Der Vorstand möchte deshalb abklären, ob hier – ähnlich wie bei den Praxisassistenzen – so etwas wie eine «Börse» betrieben werden könnte. Wer sich also mit dem Gedanken trägt, seine Praxis mit Gleichgesinnten zusammenzulegen, kann sich zu Vermittlungszwecken ab sofort beim Sekretariat der VHBB melden!

Nationalratswahlen 2011

Wahltag ist bekanntlich Zahltag. Uns bleibt nicht mehr lange Zeit, aber wir möchten dennoch versuchen, eine Liste der uns «wohlgesinnten» und v.a. der uns tatkräftig (!) unterstützenden Volksvertreter/innen zu erstellen (z.B. mittels Smartvote, persönlicher Interviews, Parteiparolen). Der Vorstand der VHBB wird diese Liste hoffentlich noch rechtzeitig vor den Wahlen in geeigneter Form publizieren.

Tarifwesen

Die Umfrageergebnisse zum Projekt «Privattarif der Kinder- und Hausärzte VHBB» wurden inzwischen allen zugestellt, welche an der Umfrage beteiligt waren und ein entsprechendes Interesse bekundet hatten.

Die (Privat-)Spitäler haben sich schon längst mit der Frage auseinandergesetzt, welche Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgerechnet werden können/dürfen, und wir können von ihnen lernen. Wir sind weiter dabei, Informationen aus dem Privatversicherungsbereich aufzuarbeiten und hoffen, die Arbeiten bis in

einigen Monaten abgeschlossen zu haben.

Gleichzeitig wird auf Ebene von «Hausärzte Schweiz» ein neues TARMED-Kapitel erarbeitet, welches nur den Grundversorgern offenstehen soll. Man verspricht sich davon, endlich die versprochene Mehr-Anerkennung der Hausärzte erreichen zu können (z.B. könnte damit das Killer-Argument eliminiert werden, dass bei einer Taxpunkt-Erhöhung oder Anpassung der Entschädigung für typische Grundversorger-Leistungen im jetzigen System automatisch alle Ärztinnen und Ärzte profitieren).

Praxisassistenten-Projekte Basel-Stadt und Baselland

Die laufenden Praxisassistenten-Projekte laufen Ende 2011 aus. Die VHBB setzt sich dezidiert dafür ein, dass diese Projekte aber weiterlaufen. Zumindest in Basel-Stadt wurde der Tatbeweis für die Notwendigkeit bzw. den Nutzen bereits erbracht, in Basel-Stadt sind ebenfalls erste Erfolge zu verzeichnen.

Initiative «Ja zur Hausarztmedizin»

Die Haltung von MFE und VHBB zum Gegenvorschlag des Bundesrates ist klar: NEIN zu diesem Gegenvorschlag, der gar keiner ist, sondern opportunistisch Schwächen des KVG zu eliminieren versucht, indem Pflegefachleute, Apotheker und andere zu «Grundversorgern» erhoben werden, und der kein einziges unserer zentralen Anliegen aufnimmt. Der Gegenvorschlag wird wohl den letzten kritischen Kollegen, sei er nun «Grundversorger», «Spezialist» oder «Spitalarzt», davon überzeugen, sich für ein JA zur Initiative einzusetzen!

Stehen Sie kurz vor der Praxisschliessung oder haben Sie eine solche soeben hinter sich gebracht?

Wissen Sie von einer drohenden Praxisschliessung in Ihrer kollegialen Umgebung?

Der Vorstand der VHBB ist an den genaueren Umständen interessiert und bittet Sie um Kontaktaufnahme unter 079 400 15 81 (Karin Flückiger, Sekretariat VHBB) bzw. sekretariat@vhbb.ch