

Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

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



Leitartikel

Zwischen Qualität und Geschäftemacherei

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

Unter Ärztinnen und Ärzten ist ein zunehmendes Misstrauen gegenüber externen Qualitätsinstituten und behördlichen Kontrollen zu spüren. Wahre Qualität lasse sich nicht mit standardisierten Instrumenten belegen, sind erfahrene Hausärzte überzeugt, und externe Gutachter handelten ausschliesslich im Interesse der Versicherer. Woher kommt das Unbehagen? Im Auftrag der Synapse hörte sich Anna Sax unter Ärzten, Qualitätsexperten und Behördenvertretern um.

Auf das Stichwort «Qualitätssicherung» reagieren die beiden erfahrenen Hausärzte empfindlich: «Das ist ein Schlagwort, das bei Politikern gut ankommt», erklärt Peter Strohmeier, der in Therwil eine Praxis führt, «aber die praktische Umsetzung überlässt

→ Fortsetzung Seite 2

Aus dem Inhalt

- Politische Agenda 2011 5
- «Eine Übergangsregelung ist für die Einführung von SwissDRG zwingend» 6
- Umbruch bei Spitex betrifft auch Ärztinnen und Ärzte 10
- Start der Hausärztlichen Notfallpraxis im Kantonsspital 11
- Neue Entwicklungen in der Früherkennung und Frühbehandlung von beginnenden schizophrenen Psychosen 12
- Notfalldienst für die Hausarztmedizin 13
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 13

Editorial

Plädoyer für den gesunden Menschenverstand

Das zeitgenössische Credo lautet «Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Effizienz». Evaluierung und Zertifizierung von rationalem Vorgehen sollen Sicherheit schaffen. Wer jedoch im Namen eines gestrigen Wissenschaftsverständnisses das Irrationale in den Bereich des Aberglaubens verweist, entleert die Wirklichkeit ihrer Seele, reduziert das tägliche Wunder des Lebens auf ein clean funktionierendes

Getriebe, zwar doppelblind erfass- und reproduzierbar, einer zuverlässigen Maschine gleich, aber bar jeder «Qualität», da zum Vornherein sinnlos, weil Sinnenlos.

So schafft man akkurat die emotionalen Leerräume, welche jene Krankheiten begünstigen, die kaum fassbar sind und die dann als Erfindungen der Psychiater gebrandmarkt und politisch stigmatisiert werden.

Sinn erschliesst sich über unsere Sinne. Das Schwindelgefühl, das uns auf den Gipfeln moderner Machbarkeit erfasst,

wird nicht kuriert mittels Kontrollzwängen – es ist Ausdruck der Unverfügbarkeit des Wesentlichen: des unzählbaren Subjektes!

Wir brauchen den gesunden Menschenverstand, gepaart mit Herz und Augenmass, mehr denn je, um objektives Erfassen und subjektives Ergriffensein in lebendigem Ausgleich zu halten.

Dr. med. Guido Becker,
Vorstandsmitglied AeGBl

man selbsternannten Experten, die das Hausarzt-Metier meist nicht kennen.» Sein Kollege Peter Schlageter aus Reinach doppelt nach: «Man kontrolliert Strukturen und Prozesse, z.B. wie oft die Liege desinfiziert wurde, aber die eigentliche Betreuungsarbeit, die unseren Beruf ausmacht, die Bearbeitung komplexer Gesundheitsprobleme, lässt sich nicht messen.» Beide Ärzte sind Mitglieder des Qualitätszirkels Oberwil, in dem sich 10 Mitglieder regelmässig treffen und praxisrelevante Themen bearbeiten. Die Gruppe ortet auch bei der FMH eine Tendenz, sich von der «Qualitätsindustrie» vereinnahmen zu lassen – einem Wirtschaftszweig, der mit «weitgehend nutzlosen Labels» (Schlageter) operiere und Kosten und Umtriebe für die Ärzte verursache. Alarmiert wurden die Mitglieder des Oberwiler Qualitätszirkels durch die Umfrage der FMH zum Thema Qualitätssicherung bei Grundversorgern und Psychiatern vom Februar letzten Jahres. Sie vermuten Pläne zur «Einführung von Zertifizierungen durch externe Anbieter ausserhalb der Fachgesellschaften»¹.

Qualitätszirkel nützen den Patienten mehr

Im Fokus der Kritik steht zum Beispiel die Stiftung EQUAM, die HMO-Praxen, Praxisnetze und Einzelpraxen zertifiziert. Im EQUAM-Stiftungsrat ist nebst Krankenversicherern, SUVA, Patientenstellen, Rechtsanwälten und Ärzten auch die FMH vertreten: FMH-Vizepräsident Ignazio Cassis hat als Stiftungspräsident im letzten Herbst die Nachfolge von Bundesrätin Simonetta Sommaruga angetreten. Auch Daniel Herren, Handchirurg und Qualitätsbeauftragter im FMH-Vorstand, ist im EQUAM-Stiftungsrat vertreten. Er kann mit dem Vorwurf, die FMH verfolge mit ihrer Qualitätsstrategie eine «hidden agenda», wenig anfangen: «Die FMH will dafür sorgen, dass die gesetzlichen Vorgaben sinnvoll, das heisst im Interesse der Patientinnen und Patienten, umgesetzt werden. Die Stiftung EQUAM ist breit abgestützt – und sie hat in der Schweiz eine Pionierrolle. Deshalb sind wir im Stiftungsrat vertreten und nicht, weil wir ein bestimmtes Label pushen wollen.» Ohnehin sei es weder möglich noch sinnvoll, allen medizinischen Fachbereichen eine gemeinsame Qualitätskontrolle überzustülpen, fährt Herren fort: «Die Fachgesellschaften sollen definieren, was Qualität ist und wie sie sichergestellt werden kann.» Hausärzte mit jahrzehntelanger Erfahrung fühlen sich sicher in ihrer Einschät-

zung dessen, was die Qualität ihrer Arbeit ausmacht. «Ich weiss sehr wohl, wo ich meine Schwächen habe – die Patienten sagen es mir schon», erklärt Peter Schlageter, und Kollege Peter Strohmeier ergänzt: «In meiner Praxis behandle und begleite ich viele chronisch kranke Patienten. Diese Aufgabe erfordert medizinisches Fachwissen, viel Einfühlungsvermögen und häufig auch Fantasie zur Lösung der Probleme. Patientenumfragen, die den Erfolg der hausärztlichen Tätigkeit erfassen sollen, helfen hier nicht weiter.» Aber hat die Patientin nicht den Anspruch zu wissen, ob ihr Arzt sauber arbeitet, ob die Hygienevorschriften eingehalten werden und die Medikamente richtig gelagert sind? «Das ist in einer guten Praxis selbstverständlich», sind sich die beiden Hausärzte einig. Man sollte einmal die Frage umkehren und schauen, wie häufig Beanstandungen tatsächlich vorkommen. Zum Beispiel müsse er, so Strohmeier, wie alle Hausarztpraxen mit Röntgengerät, regelmässig das Dosimeter kontrollieren lassen. «In 30 Jahren hat es nie angegeben. Ausser einmal, nach der Tschernobyl-Katastrophe. Da habe ich es aufs Fenstersims gelegt.»

Die Hausärzte Schlageter und Strohmeier setzen auf Qualitätszirkel und anonyme Fehlermeldesysteme wie CIRS, d.h. das Lernen aus den Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen. Stetige Weiterbildung ist für sie ein Muss. Im Übrigen zähle für sie das Wohl der Patientinnen und Patienten, die in erster Linie wahrgenommen werden wollten. So etwas könne man nicht mit einem Zertifikat bewerten. Eine deutlich formalistischere Sicht vertrat die damalige Konsumentenschützerin und EQUAM-Präsidentin Sommaruga 2009 in einem Interview, als sie Mindestqualitätsstandards verlangte für Arztpraxen, die über das KVG abrechnen wollen: «Schliesslich ist der Zugang der Ärzte zur Grundversicherung eine Art von Einkommensgarantie, die den vom Staat gewährten Direktzahlungen an die Bauern gar nicht so unähnlich ist.»² Peter Schlageter kommentiert: «Der Nutzen von Qualitätszertifikaten für die Patienten konnte – anders als bei Qualitätszirkeln und CIRS – nie nachgewiesen werden.» Er verweist auf die Arbeitsgruppe Qualität (AGQ) der FMH, die 2008 in einem Grundlagenpapier festhielt: «Unseres Wissens wurden bisher weder der Nutzen der Qualitätsmanagementsysteme noch die Zertifizierung auf die Qualität der ärztlichen Leistungserbringung systematisch untersucht und erwiesen.»³

Unverhältnismässige Inspektionen?

Schikanieren fühlt sich ein Teil der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Baselland auch durch die Art und Weise, wie die Inspektionen ihrer Praxisapotheken durchgeführt werden, die mit dem neuen Gesundheitsgesetz Vorschrift wurden. Die betroffenen Ärzte befürchten, dass hier auch alte Konfliktfelder zwischen Apothekern und Ärzten eine Rolle spielen. Obwohl sie Kontrollen grundsätzlich befürworten, können sie den akribischen Formalismus und die hohen Gebühren nicht immer nachvollziehen. «Das Thermometer im Medikamentenschrank muss jährlich geeicht werden – das mag berechtigt sein in Praxen, wo Impfstoffe aufbewahrt werden. In einer psychiatrischen Praxis ist das ein unverhältnismässiger Aufwand», meint der Psychiater Guido Becker, der eine Einzelpraxis in Münchenstein führt und zurzeit dabei ist, als Vorstandsmitglied der Ärztesellschaft eine Arbeitsgruppe für Qualitätssicherung aufzubauen.

Auch Hausärzte mit Praxisapotheke wie zum Beispiel Florian Suter zweifeln am Nutzen der Inspektionen. Suter, der selber am Aufbau der EQUAM-Stiftung beteiligt war und seit vielen Jahren im Stiftungsrat sitzt, hält diese Inspektionen für eine Pflichtübung, die wenig zur Verbesserung der Qualität beiträgt, aber die Ärztinnen und Ärzte teuer zu stehen kommt: Zwischen 1000 und 1800 Franken kostet die Inspektion, die durch eine externe Stelle zu einem Stundenansatz von 270 Franken (bei einem TARMED-Ansatz von unter 200 Franken) durchgeführt wird. Florian Suter will dem Kantonsapotheker jedoch keine bösen Absichten unterstellen und schon gar nicht, dass er die Hausärzte und -ärztinnen schikanieren wolle. Er sieht das Problem eher beim Gesetzgeber, der beispielsweise verlangt, dass jede Medikamentenabgabe durch den Arzt nochmals visiert werde – ein in der Praxis völlig unrealistisches Vorgehen. Die Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie wandte sich deshalb im Mai letzten Jahres mit einem Schreiben direkt an den Gesundheitsdirektor, um das «Prinzip der Verhältnismässigkeit» bei der Handhabung der neuen Verordnung einzufordern.

Der Kantonsapotheker Hans-Martin Grünig verweist seinerseits darauf, dass er die Bestimmungen des neuen Gesund-

¹ Schweizerische Ärztezeitung 2010;91 (41):1616

² Care Management 2009;2

³ Schweizerische Ärztezeitung 2008;89(20):838-40

heitsgesetzes Baselland zu vollziehen habe. Doch er sieht auch realen Handlungsbedarf: «Seit 1996 haben wir auf eidgenössischer Ebene ein Krankenversicherungsgesetz, das von allen Leistungserbringern einen Qualitätsausweis verlangt. Bei den niedergelassenen Ärzten ist im Bereich der Medikamente zu lange nichts geschehen.» Er betont zudem, dass es nicht nur negative Reaktionen seitens der Ärzteschaft gebe, sondern im Gegenteil die Inspektionen bei vielen Inspeziierten auf breite Akzeptanz stiessen. Im Übrigen seien die Kontrollen in anderen Kantonen, etwa im Kanton Zürich, noch viel detaillierter und damit strenger. Grünig ist nach den bisher gemachten Erfahrungen durchaus bereit, auf Verbesserungsvorschläge einzugehen. So könnten statt der aufwendigen Inspektionsberichte Checklisten verwendet werden – ein Entwurf liege derzeit zur Vernehmlassung bei den Ärzten.

Intuition und Kreativität in Gefahr

Dass administrativer Aufwand, Schreibarbeiten und Kontrollen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den letzten Jahren zugenommen haben,

steht ausser Zweifel. Nebst den Massnahmen, die der Qualitätssicherung dienen sollen, gibt es eine Vielzahl von Anfragen von Krankenkassen, der Invalidenversicherung oder von Case-Managern der Taggeldversicherungen zu beantworten. «Die Tonart hat sich verschärft», konstatiert Peter Schlageter. «Es geht längst nicht mehr darum, ‹Scheininvalide› aufzuspüren, sondern darum, dass Invalide generell ‹zu teuer› sind.» Der Einsatz von externen Instituten und privaten Firmen als Begutachtern wird deshalb von Hausärzten und Psychiatern mit zunehmendem Argwohn beobachtet. Gutachten privater Firmen hätten zum Ziel, die Ansprüche gegenüber einer Versicherung herunterzuschrauben. «Wir müssen unterscheiden zwischen der Bewertung der Qualität unserer ärztlichen Tätigkeit, wie wir sie verstehen, und den wirtschaftlichen Interessen, die sich oftmals hinter Bezeichnungen wie ‹Quality Monitoring› oder ‹Case Management› verstecken», warnt Guido Becker und fügt hinzu: «‹Eingliederung vor Rente› war schon vor 30 Jahren der Slogan. Das ist nichts Neues.» In den letzten Jahren habe jedoch ein stiller Paradigmenwech-

sel stattgefunden. Ein guter Arztbericht genüge einer Versicherung nicht mehr, denn der behandelnde Arzt werde zum Vorhinein als Partei betrachtet. «Für uns Ärzte bedeutet das eine Kränkung. Es führt zu einem Vertrauensverlust im Umgang mit Behörden und Versicherungen.»

Empathie, Intuition und Kreativität seien unverzichtbare Werte in der Medizin, die durch das Trugbild der vordefinierten und messbaren Qualität gefährdet seien, schliesst Guido Becker. Und die beiden Grundversorger führen den Gedanken weiter: «Auf die Indikationsstellung kommt es an, das gilt für alle medizinischen Gebiete, wie zum Beispiel auch für die Chirurgie. Ein guter Chirurg ist auch ein guter Doktor.» So bewegen sich alle Beteiligten auf einem schmalen Grat zwischen echter Qualität und Geschäftemacherei, zwischen Gesetzestreue und Formalismus. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob es gelingt, die verschiedenen Interessen im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung unter einen Hut zu bringen.

Politische Agenda 2011



Dr. Tobias Eichenberger, Präsident

Präsidium und Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland haben beschlossen, eine «Politische Agenda» mit den aktuellen und wichtigen Themen zu erstellen und diese auch den politischen Entscheidungsträgern und der Presse, somit auch der Öffentlichkeit zu kommunizieren. Die Zeit blosser «Rückzugsgefechte» sollte vorbei sein. Wir sind gefordert, zu den aktuellen gesundheitspolitischen Themen Stellung zu beziehen und aktiv bei der Gestaltung der Zukunft mitzuarbeiten.

1. Die Ärztesgesellschaft Baselland und ihre Mitglieder verstehen sich als Partner und Fürsprecher ihrer Patientinnen und Patienten. Deren Wohl steht jederzeit im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns.
2. Die Ärztesgesellschaft Baselland ist ein hochqualifiziertes, komplexes und gut funktionierendes dreidimensionales Netzwerk. Wir verstehen den Zusammenhalt innerhalb der Ärzteschaft als eine zentrale Führungsaufgabe und als Voraussetzung dafür, unsere standespolitischen Ziele zu erreichen. Dazu gehört auch eine sorgfältige und stetige Nachfolgeregelung in unseren Vorstandsgremien.
3. Wir sind bereit, als «Key Player» zusammen mit unseren Partnern (Gesundheitsdirektion BL, öffentliche und private Spitäler, Medizinische Gesellschaft Basel) an der Gestaltung des Gesundheitswesens unserer Region auch für die Zukunft mitzuarbeiten. Durch unsere tägliche Arbeit sind wir Experten auf diesem Gebiet. Wir fordern deshalb einen frühzeitigen Einbezug in alle uns und die Spitäler betreffenden Planungs- und Entscheidungsprozesse.
4. Die Ärztesgesellschaft Baselland setzt sich für geeignete politische Rahmenbedingungen ein, damit ihre Mitglieder heute und auch in Zukunft ihre Arbeit effizient und mit Freude leisten können.
5. Trotz aller Lippenbekenntnisse von Politik und Krankenversicherern wird die Arbeit unserer Hausärzte andauernd erschwert und abgewertet. Die Besserstellung der Hausärzte ohne Kannibalisierung der Spezialisten und ohne direkte ärztliche Medikamentenabgabe. Möchten die Politiker wirklich etwas für die Kosten tun, müssten sie die flächendeckende Einführung der DMA propagieren. Wir wehren uns auch gegen eine «kalte» Abschaffung der patientenfreundlichen direkten Medikamentenabgabe durch unnötige bürokratische Schikanen.
6. Die Vorstände der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel haben sich in einer gemeinsamen Verlautbarung im Interesse unserer Patientinnen und Patienten gegen die aktuelle Managed-Care-Vorlage und damit gegen Netzwerke mit Budgetmitverantwortung ausgesprochen. Der offene Brief an den Zentralvorstand der FMH wurde in der Schweizerischen Ärztezeitung 51/52, 2010, auf Seite 2039 publiziert.
7. In den zunehmenden Auswüchsen betreffend «Qualitätssicherung» und Kontrollwahn sehen wir nicht nur eine unnötige Zunahme der Bürokratie, sondern letztendlich auch eine Gefahr für die von Mitmenschlichkeit getragene Arzt-Patient-Beziehung und die zukünftige freiheitliche Berufsausübung. Es entsteht eine Art «Schattenwirtschaft» von Profiteuren, Kontrolleuren und Zertifizierern, ohne dass dadurch eine verbesserte Patientensicherheit erreicht wird.
8. Die schon per 2012 geplante Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) erachten wir als unverantwortlich und in dieser Eile absolut unnötig. Wir sind nicht prinzipiell gegen Veränderungen und Entwicklungen wie DRG, fordern aber die Verantwortlichen auf, die vielen offenen Fragen breit abgestützt zu diskutieren und konsensfähige Lösungen zu erarbeiten – dies, bevor ein Systemwechsel erzwungen wird, der eingestandenermassen keinerlei Kostenersparnis bringt, dafür einen immensen Verwaltungs- und Kontrollapparat entstehen lässt, finanziert zu Lasten der Arbeit am Krankenbett! Die Ärztesgesellschaft Baselland ist als erste kantonale Gesellschaft dem DRG-Moratorium (www.drg-moratorium.ch) beigetreten.
9. Die direkte Medikamentenabgabe des Arztes an den Patienten (= DMA, auch «Selbstdispensation» genannt) ist im Kanton Baselland seit Jahrzehnten etabliert und bewährt. Unabhängige Statistiken zeigen klar auf, dass die Medikamentenkosten in DMA-Kantonen tiefer sind als in den übrigen Kantonen ohne direkte ärztliche Medikamentenabgabe. Möchten die Politiker wirklich etwas für die Kosten tun, müssten sie die flächendeckende Einführung der DMA propagieren. Wir wehren uns auch gegen eine «kalte» Abschaffung der patientenfreundlichen direkten Medikamentenabgabe durch unnötige bürokratische Schikanen.
10. Die Vertraulichkeit medizinischer Daten ist ein unverzichtbares, höchstpersönliches Recht der Patienten. Die Bestrebungen von Politik und Krankenversicherern zur Aufweichung des Datenschutzes in diesem hochsensiblen Bereich sind kurzsichtig und kontraproduktiv. Der «gläserne Patient» stellt das für eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Beziehung grundlegende Vertrauensverhältnis in Frage. Wir wenden uns deshalb entschieden gegen derartige Bestrebungen.
11. Ebenfalls entscheidend für den Behandlungserfolg ist die korrekte Rollenverteilung zwischen Patient und Arzt als zwei eigenverantwortlichen Vertragspartnern. Die zunehmenden Versuche, das Zahlungssystem des «Tiers Payant» (= Krankenkasse bezahlt den Arzt direkt) zu propagieren, laufen dieser Rollenverteilung zuwider und degradieren den Patienten zum reinen Leistungsempfänger. Wir setzen uns deshalb für die Beibehaltung des auch im Krankenversicherungsgesetz als Normalfall vorgesehenen Zahlungssystems des «Tiers Garant» (Patient erhält die Arztrechnung, Krankenkasse ist ihm gegenüber nur Rückerstattungs-garant) ein. Alles andere bedeutet eine Entmündigung des Patienten im Verhältnis zum behandelnden Arzt.
12. Die politische Agenda wird im Sinne einer «rollenden Planung» den ständig wechselnden Begebenheiten und Anforderungen angepasst. Durch eine offensive Kommunikation – in enger Zusammenarbeit auch mit der Medizinischen Gesellschaft Basel (s. unser gemeinsames Publikationsorgan SYNAPSE) – informieren wir unsere Patientinnen und Patienten, unsere Bevölkerung und somit auch die Prämienszahler und Stimmbürger über die für sie relevanten gesundheitspolitischen Themen und Entwicklungen (Website: www.aerzte-bl.ch).

Replik zu Artikel «FMH-Urabstimmung zu DRGs wird unumgänglich» aus Synapse 1, Januar 2011, von Dr. med. Christian Hess, Chefarzt Medizin, Spital Affoltern

«Eine Übergangsregelung ist für die Einführung von SwissDRG zwingend»

Pierre-François Cuénoud, Mitglied ZV FMH



Ab 2012 müssen alle Spitäler ihre Leistungen gemäss dem Fallpauschalensystem SwissDRG abrechnen. Dies wurde im Rahmen der letzten Revision des

Krankenversicherungsgesetzes (KVG) beschlossen. Aus Sicht der FMH gilt es, rasch eine national einheitliche Übergangsregelung für die Einführungsphase zu schaffen, damit sich Systemverzerrungen verhindern lassen. Ebenso fordert die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte eine überzeugende Begleitforschung, um unerwünschte Effekte zu reduzieren und diese möglichst schnell zu korrigieren. Dr. med. Pierre-François Cuénoud, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und Verantwortlicher Ressort Swiss DRG, gibt Auskunft, was mit SwissDRG auf uns zukommt und was unbedingt noch zu tun ist.

te: Gerne haben wir der FMH in der Synapse Platz eingeräumt, auch ihren Standpunkt zu SwissDRG darzulegen. Die Position der FMH und die klaren Forderungen tönen gut, jedoch sind Zweifel erlaubt, ob sich dies alles noch innerhalb von 10 Monaten realisieren lässt. Es besteht die Gefahr, dass wir vertröstet und beruhigt werden, es «natürlich besser als im Ausland» zu machen. Unbestritten ist wohl, dass mit einer Kostensteigerung zu rechnen ist und dass die obligate massive Zunahme der Bürokratie immer weniger Raum für Patienten und Ärzte lassen wird. Warum wagt die FMH keine Urabstimmung? Die Chance ist gross, dass die Mitglieder ihren Führungsorganen den Auftrag geben, ein Moratorium und eine verzögerte Einführung zu unterstützen.

Interview: Jacqueline Wettstein, Kommunikation FMH.

Das Unbehagen von manchen Spitalärzten und medizinischen Fachpersonen scheint gross. Können Sie das nachvollziehen?

Pierre-François Cuénoud: Es ist verständlich, dass ein Systemwechsel Ängste und Befürchtungen auslösen kann. Gerade aber in der Schweiz haben Akutspitäler in 23 Kantonen bereits Erfahrungen mit einem Fallpauschalensystem gesammelt, diese werden auf nächstes Jahr quasi nur das Modell ändern. Wirklich neu ist das Fallpauschalensystem dann nur für Spitäler aus den Kantonen Basel-land, Basel-Stadt und Solothurn.

Und – die Autonomie der Medizin wird durch das Fallpauschalensystem nicht in Frage gestellt. Wie bisher entscheiden alleine die Fachleute, also auch Ärztinnen und Ärzte, über die Notwendigkeit medizinischer Eingriffe.

Gerade in der Pädiatrie befürchtet man erhebliche Nachteile durch SwissDRG. Ist dies gerechtfertigt?

Cuénoud: Die Behandlung von Kindern ist oft sehr zeit- und damit auch kostenintensiv. Sie können deshalb im Fallpauschalensystem nicht einfach als kleine erwachsene Patienten eingestuft werden. Und Kinderspitäler und -kliniken müssen auch unter SwissDRG kostendeckend arbeiten können. Aufgrund der Erfahrungen aus Deutschland haben wir mit den pädiatrischen Fachgesellschaften – der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neuropädiatrie – frühzeitig darauf hingearbeitet, dass die Behandlung von Kindern möglichst adäquat in SwissDRG abgebildet sein wird, und zahlreiche Anträge zur Verbesserung eingereicht.

Einen separaten Weg gibt es auch für die Psychiatrie und die Rehabilitation: Hier werden gänzlich neue Modelle ausserhalb von SwissDRG entwickelt. Diese werden jedoch erst in einigen Jahren bereit sein. Bis zur definitiven Einführung wird wie bisher abgerechnet.

Immer wieder hört man, dass die Datenqualität der Spitäler noch zu verbessern

ist für die Kostengewichte der Fallpauschalen ...

Cuénoud: Während alle Spitäler die Leistungsdaten erheben, bilden erst 46 Netzwerkspitäler ihre Kostendaten ab. Dies soll spätestens bis zur SwissDRG-Version 3.0, sie ist für 2014 vorgesehen, wesentlich verbessert werden, damit die Kostengewichte anhand von Schweizer Daten berechnet werden können und nicht mehr deutsche Kostengewichte beigezogen werden müssen.

Ist die FMH an der konkreten Ausgestaltung des Fallpauschalensystems mitbeteiligt?

Cuénoud: Ja, und zwar von Beginn weg. Zusammen mit den medizinischen Fachgesellschaften hat die FMH bisher insgesamt zirka 2000 Anträge eingereicht, um SwissDRG optimal auszugestalten. 90 Prozent dieser Anträge sind bereits umgesetzt. Dadurch sind mit Beginn des Jahres 2011 ca. 7500 Positionen in die Prozedurenklassifikation aufgenommen worden. Das alles war dank dem grossen Engagement der Fachgesellschaften und Dachverbände sowie des SwissDRG-Teams der FMH möglich. Ihnen allen möchte ich herzlich danken! Damit ist auch deutlich, dass die Ärzteschaft eine hohe Glaubwürdigkeit genießt. Wir werden auch die weitere Ausgestaltung von SwissDRG mitprägen, und zwar kooperativ, kompetent und sicherlich auch kritisch. Gerade auch Letzteres ist unsere Aufgabe!

Wie steht es mit den Zusatzentgelten?

Cuénoud: Wir setzen uns seit langem dafür ein, dass Zusatzentgelte geschaffen werden. Zusatzentgelte sind für die leistungsgerechte Vergütung von teuren Medikamenten, Blutprodukten, Implantaten und kostenintensiven Behandlungsmethoden unerlässlich. Sie tragen dazu bei, dass das DRG-System übersichtlich bleibt, und sie vermeiden unzählige neue Fallgruppen. Insgesamt machen sie lediglich zwei bis drei Prozent des gesamten Leistungsvolumens aus. Die gute Erfahrung aus Deutschland, dort gibt es 146 Zusatzentgelte, wollen wir auch im Schweizer Fallpauschalensystem abgebildet haben. Die Schweizer Einführungs-

version der DRG sieht lediglich fünf Zusatzentgelte vor, was aus unserer Sicht klar ungenügend ist. Damit wird es auch zu Verzerrungen kommen. Noch ausstehend ist die Prüfung unserer Anträge zu den Zusatzentgelten durch die SwissDRG AG. Weitere Zusatzentgelte werden jedoch erst in die DRG-Version 2.0 einfließen und damit im Jahr 2013 Realität sein.

Die FMH fordert eine national einheitliche Übergangsregelung ...

Cuénoud: Ja genau, denn SwissDRG ist ein lernendes System, und es gibt noch jede Menge offener Fragen. Diese werden nicht auf einen bestimmten Stichtag, etwa den 1. Januar 2012, gelöst sein. Es braucht deshalb zwingend eine national einheitliche Übergangsregelung während der Einführungsphase! Nur so können Systemverzerrungen abgefedert werden. Damit lässt sich verhindern, dass gut arbeitende Spitäler Verluste schreiben, nur weil ihr Behandlungsspektrum im DRG-System noch nicht genügend abgebildet ist. Spitäler benötigen deshalb finanzielle Garantien, damit sie weiterhin eine qualitativ hochstehende Versorgung bieten können. National einheitlich muss sie deshalb sein, weil individuelle Vereinbarungen zu einem Ungleichgewicht und damit zu Wettbewerbsverzerrungen führen.

Wer kommt für die ärztliche Weiterbildung unter SwissDRG auf?

Cuénoud: Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist aufgrund der föderalen Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens höchst komplex. Bund und Kantone haben im Rahmen des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik (NGP) im vergangenen Jahr die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» ins Leben gerufen, die sich derzeit dem Themenschwerpunkt «Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung» widmet. Neben der FMH bzw. dem SIWF sind alle wichtigen Stakeholder einbezogen, so u.a. das BAG, die GDK, die EDK, H+, der VSAO, der VLSS, santésuisse und die MEBEKO. Die Prüfung verschiedener Modelle ist im Gang. Im Vordergrund steht die Schaffung von zielgerichteten Anreizen, damit die Weiterbildungsstätten eine qualitativ hochstehende Weiterbildung anbieten. Es muss in jedem Fall verhindert werden, dass die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte unter dem Druck von DRG keine Zeit mehr für ihre Weiterbildung haben. Die Hauptverantwortung für die Bereitstellung der entsprechenden Budgets liegt bei den Kantonen. Mit einer Revision der VKL (Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung) könnte er-

reicht werden, dass nicht nur die Kantone, sondern auch die Versicherer zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung beitragen.

Wie steht es um die Begleitforschung?

Cuénoud: Eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung ist für uns von höchster Priorität. Das gilt auch unter dem neuen Fallpauschalensystem. Die FMH hat bereits frühzeitig eine Begleitforschung gefordert. Denn nur mit einer solchen lassen sich Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und beheben. Die FMH hat 2009 ein konkretes Konzept für die Etablierung der Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG vorgelegt. 2010 folgte die Ausschreibung einer wissenschaftlichen Untersuchung, welche die für die Ärzteschaft wichtigsten Themen behandeln soll: Haben die Ärzte im Spital noch genügend Zeit für ihre Patienten? Nimmt der administrative Aufwand zu? Wie entwickeln sich die Arzt-Patienten-Beziehung und die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsfachleuten? Mit ersten Resultaten ist Ende 2011 zu rechnen.

Wie viel hat die FMH bisher für SwissDRG investiert?

Cuénoud: Die FMH ist seit 2008 im Besitz von acht SwissDRG-Aktien zu je 1000 Schweizer Franken. Dies entspricht 8% des gesamten Aktienkapitals. Zudem haben wir 2008 und 2009 je ein Darlehen von 250 000 Franken gewährt, und im letzten Jahr ein solches von 83 333 Franken. Diese drei Darlehen werden voraussichtlich zwischen 2012 und 2014 zurückbezahlt.

Das Spital, in dem Sie arbeiten, rechnet seit 13 Jahren mit einem Fallpauschalensystem ab. Welches sind Ihre Erfahrungen damit?

Cuénoud: Die Fallpauschalen haben wie ein Katalysator gewirkt: Durch die unabdingbar gewordenen Rationalisierungsmassnahmen haben sie Leistungserbringer, politische Behörden und schliesslich auch Patienten zu einer globaleren statt wie bisher regionalen Denkweise gezwungen. Während früher mehrere Spitäler im Wallis gleichzeitig eine OP-Dienstbereitschaft hatten und die jeweiligen Teams auch unausgelastet waren – das ist unbefriedigend und kostet –, ist die medizinische Versorgung nun überzeugender strukturiert. So etwa im Bereich der Geburtshilfe: Statt zahlreicher kleiner Geburtsabteilungen haben sich an weniger Standorten eigentliche Kompetenzzentren gebildet. Diese verfügen über mehr Personal und damit auch über mehr Wissen und Erfahrung. Davon profitieren vor allem auch die Patientin-

SwissDRG – leistungsbezogene Fallpauschalen

Am 1. Januar 2012 tritt an Schweizer Spitätern ein neues Tarifsysteem flächendeckend in Kraft: Ab dann werden stationäre Spitalleistungen mit dem Fallpauschalensystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) abgerechnet. Die Spitäler erhalten für jeden Spitalaufenthalt, d.h. für jeden Fall, eine pauschale Vergütung. Dazu wird jeder Fall aufgrund von bestimmten Kriterien – zum Beispiel aufgrund der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen, der Behandlung oder des Schweregrads – einer bestimmten Fallgruppe zugeordnet.

nen. Sie nehmen auch gerne eine längere Anreise in Kauf, weil sie wissen, dass sie kompetent behandelt werden. Und genau das ist unsere Aufgabe, unsere Patienten bestmöglichst zu versorgen.

Position der FMH – klare Forderungen

Die Einführung von SwissDRG bringt tiefgreifende Änderungen für das schweizerische Gesundheitswesen mit sich. Die FMH stellt dabei grundlegende Forderungen an den neuen Tarif:

- Begleitforschung etablieren – noch vor der SwissDRG-Einführung;
- Versorgungsqualität sicherstellen – SwissDRG darf zu keiner Verschlechterung führen;
- Therapeutische Freiheit erhalten – unter Berücksichtigung der WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit);
- Datenschutz gewährleisten – dazu gehört auch die Wahrung des Arztgeheimnisses;
- Tatsächliche Spitalkosten abdecken – durch transparente Konzeption des Abgeltungssystems;
- Innovationen abbilden – so rasch als möglich, damit das SwissDRG-System stets aktuell bleibt;
- Medizinische Kriterien respektieren – der Entscheid für eine ambulante oder stationäre Behandlung muss jeweils primär nach medizinischen Kriterien erfolgen;
- Transparente Leistungserfassung bereitstellen – mit möglichst einfachen und effizienten Erfassungsverfahren;
- Ärztliche Weiterbildung gewährleisten – dazu gehört auch die Sicherstellung der Finanzierung.

Das vollständige Positionspapier der FMH zu SwissDRG finden Sie unter www.fmh.ch → TARIFE → SwissDRG → Position der FMH.

Für die Einführung der Fallpauschalen (DRG) am 1. Januar 2012 ist es zu früh!

Petition an den Zentralvorstand der FMH

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Am 1. Januar 2012 soll in der Schweiz ein gegenüber dem deutschen zwar ähnliches, aber deutlich verschärftes Fallpauschalensystem eingeführt werden. Die Diskussionen zeigen immer deutlicher, dass viele Probleme noch ungelöst sind und wichtige Versprechungen der Befürworter sich schon aus heutiger Sicht nicht bewahrheiten werden. Folgende Gründe zwingen zu einem Marschhalt und zum Nachdenken, wann, in welcher Form und mit welcher Verbreitung Fallpauschalen eingeführt werden sollen:

- **Wird das DRG System ohne Änderungen eingeführt, resultieren massive Nachteile für die heute typisch gewordenen komplexen Patienten mit chronischen Erkrankungen oder Erkrankungen mehrerer Organe. Die kommenden demographischen Veränderungen lassen eine weitere Zunahme dieser Patienten erwarten.**
- **Befürwortende GesundheitsökonomInnen geben heute zu, dass das Fallpauschalensystem – wie in Deutschland schmerzlich beobachtet – einen weiteren Kostenschub im Gesundheitswesen auslösen wird, der am intensivsten im Prämienbereich spürbar sein wird.**
- **Die Auswirkungen auf die ambulante, v.a. Hausarztmedizin sind bisher kaum absehbar. Mehraufwand für die zahlenmässig abnehmenden Grundversorger, dadurch bedingte Taxpunktensenkung und drohende Verschlechterung des Verhältnisses von Haus- und Spitalärzten, sind aber wahrscheinlich. Dies wird sich akzentuieren, wenn die DRGs auch für den ambulanten Bereich eingeführt werden.**
- **Das Problem der Finanzierung der Weiterbildung (Assistenz- und Oberärzte) ist ungelöst.**
- **Der zunehmende ökonomische Zwang und Zeitdruck wird die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses in den Spitälern und die klinische Forschung unter massiven Druck setzen.**
- **Die Arbeitsbelastung in den Gesundheitsberufen (namentlich auch in der Krankenpflege) wird zunehmen und für die Patienten (noch) spürbar(er) werden.**
- **Das vorgesehene DRG-System setzt die falschen medizinisch-ökonomischen Anreize. Gewinnbringende Leistungen werden vermehrt angeboten werden, ungeachtet ihrer medizinischen Notwendigkeit.**
- **Die vorgesehene, aber noch nicht etablierte «Begleit»-Forschung ist das Eingeständnis der vielen ungelösten Fragen. Warum nicht zuerst die zentralen Fragen klären helfen und dann DRG einführen?**
- **Viele Datenschutzprobleme sind ungelöst, der obligate Datentransfer zu den Krankenkassen ist nicht definiert und er wird ohne öffentliche Diskussion festgesetzt.**

Unterstützen Sie als Ärztin oder Arzt bitte diese Petition. Wir wollen die FMH für die weitere Diskussion mit einem klaren Votum aus der Ärzteschaft unterstützen. Damit kann sie sich auch für Verschiebung der Einführung flächendeckender Fallpauschalen einsetzen, bis die zentralen Fragen beantwortet sind. Die Zeit drängt, da der Bundesrat Ende Juni 2011 definitiv über den Einführungstermin entscheiden wird.

Für diese Anliegen können Sie und weitere interessierte, auch nicht-ärztliche Personen sich zusätzlich engagieren, wenn Sie das sog. Moratorium mitunterzeichnen (<http://www.drg-moratorium.ch/de/>).

Petition an den Zentralvorstand der FMH: Marschhalt bei den DRG!

Die Unterzeichnenden fordern den Zentralvorstand der FMH auf, sich beim Bundesrat für eine Verschiebung der Einführung des DRG-Systems einzusetzen und gleichzeitig anzubieten, sowohl Art als auch Umfang eines DRG-Systems für die Schweiz konstruktiv mitzugestalten.

Name, Vorname	Arbeitsort (Praxis/Spital)	Adresse	E-Mail-Adresse (fakultativ)	Unterschrift

Wir danken Ihnen, dass Sie auch Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Umfeld für eine Mitunterzeichnung der Petition gewinnen. Diese Formular kann auch als PDF auf der website <http://www.drg-moratorium.ch/de/> heruntergeladen werden.

Senden Sie diese Unterschriftsliste bitte bis spätestens am **Montag, 18. April 2011**, per Fax an 044 714 27 28 oder den gefalzten Bogen per Post an die Akademie Affoltern.

Die bisherigen Mitunterzeichnerinnen und Mitunterzeichner des DRG-Moratoriums danken Ihnen sehr herzlich für Ihre Teilnahme.

Adresse: Akademie Affoltern, DRG Petition, Sonnenbergstrasse 21, 8910 Affoltern (Bitte frankieren)

Umbruch bei Spitex betrifft auch Ärztinnen und Ärzte

David Wüest-Rudin, Grossrat, Mitglied der Gesundheits- und Sozialkommission
Geschäftsführer von curavis – Spitex-
dienste seit 1909

Die ambulante häusliche Pflege, Betreuung und Hilfe sind unverzichtbare Elemente in der medizinisch-pflegerischen Grundversorgung. Zurzeit sind diese im Umbruch. Mit Auswirkungen – auch auf Ärztinnen und Ärzte.

Bis vor zehn Jahren waren in Basel-Stadt die aus der freiwilligen Kirchengemeinde- oder Quartierkrankenpflege bzw. dem Berufsverband des Pflegefachpersonals (SBK) hervorgegangenen gemeinnützigen Organisationen Spitex Basel, Spitex Riehen-Bettingen sowie curavis (vormals Stiftung SBK) nahezu die alleinigen Anbieter solcher Dienstleistungen. In der Zwischenzeit haben jedoch die Spitexangebote von freiberuflichen Pflegenden sowie von privaten kommerziellen Spitexorganisationen massiv zugenommen. Im Kanton Basel-Stadt hat sich die Zahl der Freiberuflichen von 2000 bis 2009 verzehnfacht, diejenigen der Spitexorganisationen vervierfacht. Hinzu kommt per Januar 2011 die neue Pflegefinanzierung. Sie wird, zumindest in Basel-Stadt, den Wettbewerb unter den zahlreichen Anbietern weiter verschärfen und die Patienten finanziell stärker beteiligen als bisher. Auch die Ärzteschaft – und insbesondere die Hausärzte als wichtige Partner der Spitexdienste – sind von den aktuellen Umwälzungen betroffen und gefordert.

Unübersichtliches Angebot

Die Übersicht zu wahren und das richtige Angebot zu finden, ist nicht einfach. Ende 2009 verfügten im Kanton Basel-Stadt 36 freiberufliche Pflegefachleute sowie 22 Organisationen über eine Spitexbewilligung. Einerseits bieten gemeinnützige Organisationen, teilweise mit staatlichen Leistungsaufträgen, Spitexleistungen an, andererseits private kommerzielle Organisationen und freiberufliche Pflegenden.

Gemeinnützige Organisationen

Zu den gemeinnützigen Organisationen zählen Spitex Basel, die Spitexorganisationen der Gemeinden sowie die überörtlichen Organisationen curavis, Rotes Kreuz, die Spitalexterne Onkologiepflege SEOP (nur BL) und die Kinderspitex Nordwestschweiz. Diese Dienstleister sind, teilweise über Zusammenarbeitsvereinbarungen, untereinander vernetzt und meist auch im Spitexverband organisiert. Die örtliche Spitex erbringt in der Regel kürzere pflegerische Einsätze sowie hauswirtschaftliche Leistungen. Die überörtlichen Dienste übernehmen spezialisierte Leistungen wie Onkologiepflege oder terminale Pflege in der Nacht, längerfristige pflegerische Einsätze beispielsweise bei schwer Körperbehinderten oder degenerativ Erkrankten sowie die nur bedingt kassenpflichtige Angehörigenentlastung und -betreuung.

Freiberufler und kommerzielle Anbieter

Daneben treten freiberuflich tätige Pflegefachleute und private kommerzielle Anbieter mit einem breiten Angebot im Markt auf. Anbieter und Angebot sind sehr heterogen: Von der hochqualifizierten Palliativpflegefachfrau und dem kleinen Vier-Frau-Hauspflegedienst über die spezialisierte Wundpraxis oder den schweizweiten Rundumversorger bis hin zum multinationalen angloamerikanischen Betreuungskonzern, der im Franchisingssystem Begleitung und Hilfe bei der Grundpflege anbietet.

Neue Pflegefinanzierung

Für all diese Anbieter gilt ab Januar 2011 die im KVG neu geregelte Finanzierung der Pflege. Für die ärztlich verordnete häusliche Langzeitpflege (Akut- und Übergangspflege ausgeklammert) wurden schweizweit einheitliche kassenpflichtige Pflgetarife festgelegt. Die Kantone regeln und übernehmen die Finanzierung der übrigen, nicht gedeckten Kosten der Leistungserbringer. Dem Patienten können neu bis zu 20% des höchsten Tarifs pro Tag in Rechnung gestellt werden, was maximal CHF 15.95 pro Tag entspricht.



Individueller Nachweis oder Normkosten

Zur Festlegung der nicht gedeckten Kosten kann der Kanton einerseits auf einen individuellen Nachweis des einzelnen Leistungserbringers abstellen: Dabei vergütet er die Differenz zwischen Spixetarif und effektiv ausgewiesenen Kosten. Andererseits kann der Kanton sogenannte «Normkosten» festlegen, die für alle Anbieter gelten: Dabei wird den Anbietern die Differenz zwischen Spixetarif und Normkosten, abzüglich der Patientenbeteiligung, vergütet. Während die Situation im Kanton Basel-Landschaft noch nicht ganz geklärt ist (Übergangsfrist bis Ende 2011), hat der Kanton Basel-Stadt Normkosten und eine Patientenbeteiligung von 10% festgelegt, was einem Maximalbetrag von CHF 8.00 pro Tag entspricht.

Qualitätswettbewerb angestrebt

Hierzu ein Beispiel: Die Grundpflege wird gemäss Bundestarif mit CHF 54.60 von den Kassen abgegolten. Die Normkosten betragen in Basel-Stadt CHF 80.00 für die erste Stunde Grundpflege, CHF 70.00 für jede weitere. Für 45 Minuten Grundpflege erhält ein Leistungserbringer also CHF 40.95 via Kasse, CHF 6.00 vom Patienten und CHF 13.05 via Kanton. Entscheidend ist, dass alle Spitexanbieter mit Betriebsbewilligung den Kantonsbeitrag geltend machen können. Im Kanton Basel-Stadt haben also neu alle Anbieter gleiche Finanzierungsvoraussetzungen, ob gemeinnützig oder kommerziell, öffentlich oder privat.

Der Bundesgesetzgeber und der Kanton versprechen sich davon einen Qualitätswettbewerb. Tatsächlich können bei fixem Preis Kostenvorteile für eine Qualitätssteigerung verwendet werden. Es ist aber auch denkbar, dass es zu einem schärferen Preiswettbewerb kommt, indem Anbieter beispielsweise auf den Eigenbeitrag verzichten oder private Zusatzleistungen quersubventionieren. Auf jeden Fall werden zahlreiche Firmen, Organisationen und freiberufliche Pflegefachleute im kassenpflichtigen, ärztlich verordneten Bereich noch stärker um die Gunst der Patienten buhlen.

Schwierige Auswahl

Dies mit Folgen für alle Beteiligten, insbesondere für die Patientinnen und Patienten. Die Wahl der richtigen Pflegeorganisation wird anspruchsvoller. Qualitätsanspruch und Arbeitsbedingungen können je nach Anbieter sehr stark variieren. Ein Qualitätswettbewerb entsteht dann, wenn eine informierte und kompetente Kundschaft frei entscheiden kann. Oft fehlen aber den Patienten die nötigen Informationen für Vergleiche, und viele sind kaum in der Lage, die Pflegequalität kompetent zu beurteilen. Ebenso spielt der Eigenbeitrag der Pati-

enten bei der Nachfrage eine Rolle. Obwohl dieser sozial abgestuft rückerstattet wird, könnte er abschreckend wirken und zu einer aus medizinischer Sicht «ungesunden» Reduktion der Nachfrage nach Spitexleistungen führen.

Ärztinnen und Ärzte gefragt

Viele Patientinnen und Patienten sind also bereits bei der Auswahl der Pflege auf Unterstützung angewiesen. Dabei sind auch Ärztinnen und Ärzte gefragt, verschreiben sie doch die Spitexleistungen und stehen in engem Kontakt mit den Patientinnen und Patienten. Zudem ist oft die Wahl einer situationsgerechten häuslichen Pflege und Betreuung mitentscheidend für den Behandlungserfolg. Von der Ärztin oder dem Arzt kann zwar keine Spitexgesamtberatung erwartet werden, sie oder er kann jedoch erste wichtige Hinweise geben, wo und wie Informationen eingeholt werden können und wie eine Auswahl getroffen werden kann. Allenfalls kann und muss er auch dazu ermutigen, Spitexleistungen in Anspruch zu nehmen. Dass die Ärzteschaft eine wichtige Rolle bei der Betreuungswahl spielt, zeigt sich in den zunehmenden Zusendungen von Werbematerial von Spitexorganisationen an

die Arztpraxen. Sicherlich wäre es wünschenswert, wenn das Material nicht unbesehen ausgelegt würde und der Arzt oder die Ärztin sich vor der Weiterempfehlung ein Bild des Spitexanbieters machen könnte.

Politik gefordert

Um einen gewissen Qualitätsstandard und branchenübliche Arbeitsbedingungen sicherzustellen, ist die Politik gefordert. Zwar werden bereits Betriebsbewilligungen erteilt und Qualitätskontrollen vorgenommen, diese müssen aber hinsichtlich Häufigkeit und Intensität wirksam umgesetzt werden. Wünschenswert wäre eine möglichst grosse Qualitätstransparenz – warum nicht mittels eines Labels. Ebenfalls essentiell ist eine umfassende Information der Bevölkerung. Diese hängt zurzeit stark von den sehr unterschiedlichen Werbebudgets der Anbieter ab.

Fazit: Information, Transparenz und Kontrolle über die Anbieter und ihr Qualitätsbewusstsein sind Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb in der häuslichen Pflege. Dies würde schlussendlich auch die Arbeit der Ärzteschaft erleichtern.

Start der Hausärztlichen Notfallpraxis im Kantonsspital Bruderholz

Ärztgesellschaft Baselland

Analog den Hausärztlichen Notfallpraxen an vielen Spitälern in der Schweiz – so am Universitätsspital Basel und am Kantonsspital Liestal – hat nun auch das Kantonsspital Bruderholz eine Kooperation mit den Hausärzten der Region begonnen. Vorläufig zwei der sechs Unterbaselbieter Notfallkreise (Binningen/Bottmingen und Birsfelden/Muttenz/Pratteln) betreiben ab Februar 2011 zu den frequenzstarken Zeiten, an Wochenenden und Feiertagen jeweils von 10.00 bis 21.00 Uhr, eine Hausarztpraxis parallel zur herkömmlichen Notfallstation im Kantonsspital Bruderholz.

Als weiterer Partner wird der Notfallkreis Allschwil im 3. oder 4. Quartal 2011 dazukommen. Die übrigen Notfallkreise –

Arlesheim/Münchenstein sowie vorderes (Aesch/Reinach) und hinteres (Oberwil/Therwil/Ettingen/Biel-Benken) Leimental – werden vorläufig mit dem bisherigen System des Notfalldienstes fortfahren.

Diese Lösung führt zu einer Win-win-Situation, von der letztendlich alle Betroffenen und Beteiligten profitieren:

1. Die Patienten! Es wird auch zukünftig zu jeder Zeit und an jedem Ort eine adäquate und stufengerechte Notfallversorgung garantiert. Sämtliche Dienstleistungen im Kanton Baselland sind via MNZ (061 261 15 15) verfügbar.
2. Die drei Notfallkreise, denen an den frequenzstarken Wochenenden eine Kooperation mit dem Kantonsspital Bruderholz ermöglicht wird.

3. Die übrigen Unterbaselbieter Notfallkreise, die entsprechend ihrem Wunsch das bisherige System fortführen können.
4. Das Kantonsspital Bruderholz, das in seinen Bemühungen um eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Hausärzten unterstützt wird und nun auch diese moderne und bereits vielerorts bewährte Form der Integration der hausärztlichen Kompetenz im Notfalldienst anbieten kann.

Die Ärztesgesellschaft Baselland unterstützt diese Lösung. Diese konnte durch einen intensiven und jederzeit konstruktiven Dialog zwischen den beteiligten Partnern erreicht werden.

Neue Entwicklungen in der Früherkennung und Frühbehandlung von beginnenden schizophrenen Psychosen

Hilal Bugra, Charlotte Rapp,
Stefan Borgwardt, Jacqueline Aston,
Anita Riecher-Rössler

Warum Früherkennung und Frühbehandlung

Die Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen ist mittlerweile zu einem weithin akzeptierten Ziel der Psychiatrie geworden; weltweit haben sich dafür spezialisierte Zentren etabliert. In Basel existiert seit 1999 an der Psychiatrischen Universitätsklinik die multidisziplinäre Früherkennungssprechstunde, welcher Patienten mit Verdacht auf Psychose niederschwellig zugewiesen werden. Dass Früherkennung und -behandlung bei Psychosen unabdingbar sind, ist mittlerweile unbestritten. Folgende Punkte verdeutlichen dies:

- Schizophrene Psychosen können schwerwiegende Erkrankungen sein, welche in der Regel schon im frühen Erwachsenenalter beginnen.
- Schizophrene Psychosen beginnen meist schleichend und atypisch (sogenannte «negative» Symptome wie Antriebsarmut / sozialer Rückzug / Leistungsabfall / verflachter Affekt stehen im Vordergrund).
- Diagnose und Behandlung dieser Psychosen erfolgte bisher häufig nur mit schwerwiegender Verzögerung.
- Ernste Folgen können schon in den frühen, noch undiagnostizierten Phasen eintreten.
- Frühe Behandlung kann Verlauf und Prognose entscheidend verbessern.

Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) dieser Psychosen ist mit ca. 1–2 pro 10 000 Einwohner im Jahr relativ gering. Für die Kantone Basel-Stadt und Baselland wären dies ca. 45–90 Neuerkrankungen pro Jahr.

Die Prävalenz, der jeweilige Krankheitsstand, ist aber doch vergleichsweise hoch. In der Bevölkerung sind pro tausend Einwohner jeweils ca. fünf Personen von dieser Krankheit betroffen. Diese vergleichsweise hohe Zahl erklärt sich vor allem durch eine immer noch nicht aus-

reichend gute Früherkennung und Frühbehandlung, so dass viele Erkrankungen *unnötigerweise* chronifizieren. Auch ist das Suizidrisiko mit ungefähr 10% über die Lebenszeit sehr hoch, wobei Suizide vor allem zu Beginn der Erkrankung vorkommen.

Was sind die Frühzeichen der Psychose?

Am Anfang der Erkrankung treten meistens nur unspezifische Beschwerden auf. Der vielfach noch junge Mensch verhält sich «irgendwie merkwürdig», er ist «einfach nicht mehr der Alte». Oft kann er seine bisherigen Rollen im Beruf, in der Partnerschaft und der Familie nicht mehr erfüllen. Es kommt zu Veränderungen der Leistungsfähigkeit, welche häufig mit geringerer Belastbarkeit und Konzentrationsstörungen einhergehen. Veränderungen des Wesens wie plötzlicher Mangel an Interesse und Energie, Schlafstörungen, Unruhe und Nervosität können ebenfalls vorkommen. Typisch sind auch Veränderungen der Gefühle wie Depressionen und Ängste. Es hat sich auch gezeigt, dass plötzlich neu auftretende ungewöhnliche Interessen wie zum Beispiel für Religiöses oder übernatürliche Dinge ebenfalls Frühzeichen sein können. Die Krankheit kann auch bereits in den frühen Stadien mit ganz leichten präpsychotischen, sogenannten «unterschwelligem» psychotischen Symptomen einhergehen, wie leichten Veränderungen der Wahrnehmung und des Erlebens (etwa ungewöhnliche Wahrnehmung von Geräuschen oder Farben; Gefühl, beobachtet zu werden; Gefühl, andere würden einen «mobben» usw.).

Zuweisung an die Basler Früherkennungssprechstunde für Psychosen FePsy

Bei der Früherkennung von Psychosen spielt der Hausarzt eine wichtige Schlüsselrolle; oftmals ist er für Angehörige und Betroffene die erste Anlaufstelle und eine Vertrauensperson. In Basel wurden zwei Instrumente entwickelt, die einfach und schnell in der Hausarztpraxis angewendet werden können und welche

eine Einschätzung darüber ermöglichen, ob eine Zuweisung an eine Früherkennungssprechstunde indiziert ist. Es handelt sich hierbei zum einen um

- das **Selbstscreen-Prodrom** (Anhang 1), einen Selbstbeurteilungs-Fragebogen, den die Patienten in der Wartezone ausfüllen können. Dieser Bogen zeigt Ihnen auf einen Blick,
 - a) ob der Patient ein Risiko für eine psychische Erkrankung hat und
 - b) ob er auch ein Risiko für eine Psychose hat;

zum anderen um

- die **Risikocheckliste** (Anhang 2), eine Checkliste, mit Hilfe derer der Arzt beurteilen kann, ob möglicherweise ein Psychoserisiko besteht.

Beide Instrumente finden Sie im Anhang. Sie können auch von der Website unserer Früherkennungssprechstunde (www.fepsy.ch) heruntergeladen oder direkt bei uns bestellt werden. In beiden Instrumenten werden Frühzeichen einer Psychose erfasst. Falls sich darin mehrere Symptome als zutreffend erweisen, sollte mit der Früherkennungssprechstunde Kontakt aufgenommen werden, damit eine ausführliche Abklärung eingeleitet werden kann.

Abklärung in der Basler Früherkennungssprechstunde für Psychosen FePsy

In der Abklärung von Psychosen hat sich ein multidisziplinärer Ansatz als sinnvoll erwiesen. Bei uns erfolgt zuerst eine ausführliche spezialisierte psychiatrische Diagnostik. Danach wird eine neuropsychologische Testung durchgeführt, in der Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisleistungen gemessen werden. Zusätzlich erfolgen apparative Untersuchungen wie Labor, Magnetresonanztomographie (MRI) und Elektroenzephalographie (EEG). Diese Untersuchungen erlauben zum einen den Ausschluss körperlicher Ursachen der psychiatrischen Symptome, zum anderen tragen sie dazu bei, genauer abzuschätzen, ob jemand ein erhöhtes Psychoserisiko hat oder gar schon erkrankt ist.

Frühbehandlungsmöglichkeiten bei Risikopatienten und Ersterkrankten

Wichtig ist es, die Behandlung in einem frühen Stadium der Erkrankung einzuleiten.

Bei **Personen mit erhöhtem Risiko** für eine Psychoseentwicklung stehen psychoedukative Massnahmen, welche den Patienten vorsichtig und einfühlsam über die mögliche Erkrankung aufklären, im Vordergrund. Zur Therapie der unspezifischen Symptome werden in diesem Stadium noch keine Antipsychotika eingesetzt. Trotzdem sind meist schon verschiedene Hilfen erforderlich: supportive Psychotherapie, soziale Massnahmen, berufliche Rehabilitation und Angehörigenarbeit. Spezifischere psychotherapeutische Massnahmen beinhalten z.B. Stressreduktionstechniken, Umgang mit den Symptomen oder Verbesserung der sozialen Kompetenz. Wenn Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen bestehen, sollte auch kognitives Training erfolgen. Gerade zur Verbesserung der häufig eingeschränkten Neuro- und sozialen Kognition stehen mehrere gezielte Therapieprogramme zur Verfügung. Neu bieten wir an der Psychiatrischen Poliklinik für Risikopatienten auch eine Kombination von Casemanagement (Koordination der verschiedenen Massnahmen, Unterstützung in sozialen Belangen) und kognitiver Verhaltenstherapie im Einzelsetting an. Wir verwenden dabei ein in Melbourne entwickeltes, manualisiertes «kognitiv-behaviorales Casemanagement», für das wir ein Training direkt von Mitarbeitern der dortigen Arbeitsgruppe erhalten haben.

Bei Ersterkrankten mit **klarer Erkrankung an einer schizophrenen Psychose** werden frühzeitig niedrig dosierte atypische Neuroleptika eingesetzt, begleitet von supportiver Psychotherapie und Psychoedukation. Wo nötig werden auch kognitive Verhaltenstherapieprogramme und psychologische Trainingsprogramme eingesetzt, die speziell für Ersterkrankte entwickelt wurden. An der Psychiatrischen Poliklinik Basel besteht ausserdem ein breites Angebot an Gruppentherapien spezifisch für Ersterkrankte (siehe Anhang 3) wie etwa Gruppentraining zur Förderung von kognitiven Fähigkeiten oder sozialen Kompetenzen. Sehr wichtig ist auch die Therapie des bei diesen Patienten häufig bestehenden Cannabiskonsums, da Cannabis durch seine dopaminerge Wirkung im Gehirn die Psychose verschlechtern kann. Wir bieten deshalb auch ein Gruppenprogramm für psychisch Kranke mit dem Ziel der Abstinenz an, das sogenannte BACAB (Basler Cannabis-Programm).

Neues Forschungsprojekt an der Psychiatrischen Poliklinik

Um die Früherkennung und Frühbehandlung für unsere Patienten weiter zu verbessern, nimmt die Psychiatrische Poliklinik neu auch an der internationalen, im Rahmen des 7. Forschungsrahmens der Europäischen Kommission geförderten «European Gene Environment Interaction Study» (EU-GEI) teil. Diese Studie zielt darauf ab, über einen Zeitraum von fünf Jahren Einflussfaktoren für Entwicklung, Ausprägung und Erkrankungsfolgen schizophrener Psy-

chosen zu identifizieren. Dabei werden sowohl genetische als auch klinische und Umweltfaktoren sowie deren Interaktion untersucht. Primär geht es um folgende Frage: Was führt bei Menschen, die aufgrund ihrer Anlage ein Psychoserisiko haben, dazu, dass sie tatsächlich erkranken oder nicht? Umweltbezogene Faktoren, welche in der Studie untersucht werden, beinhalten unter anderem Cannabiskonsum, traumatische Erfahrungen in der Kindheit, soziale Diskriminierung oder kritische Lebensereignisse.

Bisher beschäftigte sich die Forschung in diesem Bereich meist *entweder* mit biologischen genetischen Einflussfaktoren *oder* mit psychosozialen. In diesem Projekt soll nun erstmals in einer grossangelegten Multicenter-Studie die Interaktion all dieser Faktoren untersucht werden. Wir erhoffen uns davon, einen entscheidenden Beitrag zum Verständnis der Pathogenese schizophrener Psychosen und zur Entwicklung besserer, integrierter Behandlungsansätze leisten zu können.

Anhang 1 Selbstbeurteilungsbogen (mit Auswertungsanweisung)

Anhang 2 Risikocheckliste

Anhang 3 Gruppenangebot für Ersterkrankte an Psychose

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Anita Riecher-Rössler
Ordinaria für Psychiatrie
Allgemeine Psychiatrie ambulant/
Psychiatrische Poliklinik
Petersgraben 4
CH-4031 Basel

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 Prünke,
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 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 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. Der Fortbildungskalender wird momentan mit der aktuellen Synapse auf www.aerzte-bl.ch und www.medges.ch aufgeschaltet.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 25.3.2011

Notfalldienst für die Hausarztmedizin

Kundgebung am 31. März 2011 ab 14.30 Uhr auf dem Bundesplatz

Unter dem Label der gleichnamigen Volksinitiative «**Ja zur Hausarztmedizin**» wird in den nächsten Jahren eine Öffentlichkeitskampagne für die Hausarztmedizin durch die Schweiz rollen. Ein speziell für diese «Tour de Suisse» umgebauter Bus wird an diesem Nachmittag feierlich enthüllt und auf die Fahrt geschickt.

Startschuss: Donnerstag, 31. März 2011, 14.30 Uhr auf dem Bundesplatz in Bern. Um dieser Kampagne ein möglichst nachhaltiges mediales Echo und inhaltliches Gewicht zu verschaffen, ist die Beteiligung möglichst vieler Hausärztinnen und Hausärzte dringend nötig (in weissen Arztkitteln)! Kommen Sie deshalb am 31. März 2011 nach Bern und stehen Sie mit uns für die Hausarztmedizin im Allgemeinen und für die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» im Besonderen zusammen. Unsere dritte und letzte Demo wird dann die Jubelfeier sein, nach dem Sieg in der Volksabstimmung.

Initiativkomitee Ja zur Hausarztmedizin

Die vier Hauptforderungen der Initiative

1. Topaus- und -weiterbildung
2. Erleichterte Berufsausübung und Gewährleistung einer ausreichenden Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte
3. Zweckmässige Praxisinfrastruktur
4. Hausarztfreundliches Tarifsysteem

Das provisorische Programm am 31. März 2011 in Bern

- 12.30 Uhr Nationale Medienkonferenz
- 14.30 Uhr Fotoaktion («Zusammenstehen für ein riesiges JA zur Hausarztmedizin»)
- 15.00 Uhr Start Kundgebung (Ansprachen)
- 15.45 Uhr Enthüllung Hausärzte-Bus
- Danach: zwei Konzerte, DJ, Food and Beverage
- Ab 20.00 Uhr Nachtkonsultationen bis nach Mitternacht (Nacht auf den 1.4.)

Auskünfte:

Politisches: Prof. Dr. Peter Tschudi, Präsident Initiativkomitee (Tel. 061 692 88 11 / peter.tschudi@unibas.ch)

Technisches und Organisatorisches: Simon Haller und Giorgio Nadig (Tel. 031 332 34 10 / info@expoforum.ch)

Mediales: Bernhard Stricker (Tel. 031 311 40 91 / info@jzh.ch)

Weitere und ständig aktualisierte Infos unter www.jzh.ch

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand der VHBB:
Eva Kaiser www.vhbb.ch

Auf nach Bern!!!

Grossdemo auf dem Bundesplatz

Am 31. März 2011 findet eine erneute Demo für die Hausarztmedizin auf dem Bundesplatz in Bern statt. Der Bus der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» wird am Tag vor dem 1. April, dem inzwischen traditionellen «Tag der Hausarztmedizin», feierlich enthüllt. Die VHBB ruft ihre Mitglieder auf, sich an diesem Tag zu ihren Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Schweiz auf den Bundesplatz zu gesellen.

Patenaktion JHaS-Kongress

Die Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz JHaS führen am 2. April 2011 (just einen Tag nach dem Tag der Hausarztmedizin) einen ersten Kongress für Jungärzte durch.

Der Anspruch dieses Kongresses: «Erfrischend anders!». Eingeladen sind neben allen Interessierten vor allem Hausärzte und Hausärztinnen am Anfang ihrer Berufstätigkeit, Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung zur Hausarztmedizin sowie Studentinnen und Studenten, die sich für Hausarztmedizin interessieren. Für viele unter ihnen ist dies der erste Kongress – die Hemmschwelle, sich dafür anzumelden, entsprechend gross.

Was können Sie tun? Ermutigen Sie Ihren/Ihre Jahreskursstudenten/-in zur Teilnahme, indem Sie ihn/sie dazu einladen! Oder laden Sie eine andere Ihnen bekannte Jungärztin oder einen Jungarzt zum Kongress ein.

Kongresshomepage: www.congress-info.ch/jhas2011/p1.html?l=1

Patenaktion: www.congress-info.ch/jhas2011/upload/File/patenaktion.pdf

Praxisassistentenz

Die Auslastung der kantonalen Praxisassistentenzprogramme ist in Baselland so gut, dass die Nachfrage das Angebot übersteigt. Wiederholt haben deshalb nun Kollegen, die im kantonalen Programm keinen Platz bekommen haben, sich an die Stiftung WHM gewandt, um trotzdem einen Praxisassistenten oder eine Praxisassistentin einstellen zu können. In Basel-Stadt beträgt die Auslastung des Programms noch nicht 100%. Haus- und Kinderärzte bzw. -ärztinnen die sich als Lehrärzte in die Weiterbildung einbringen möchten, können ihr Interesse dazu bei der VHBB unter ekaiser@hin.ch melden. Wir sammeln die Namen der Interessierten und versuchen zu koordinieren und weiterzuhelfen.