

Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 3 Kurzporträt der ärztlichen Berufsverbände der beiden Basel
- 4 Zahlreiche Dienstleistungen auch für Patientinnen und Patienten
- 7 NEIN zur Managed-Care-Vorlage – das Argumentarium
- 10 Amerika zeigt, wohin Managed Care führt
- 10 Der Zwang zu Managed Care behindert die Therapie
- 11 Managed Care kontrovers

Publikumsausgabe

- 12 Der Arzt rät: Was tun bei Schmerzen im Gelenk? Wie viel Medienkonsum vertragen Kinder?
- 15 Tipps für den Arzttermin – Neuer Leitfaden für Patienten
- 17 Der MNZ-Notruf neu und nur für Patienten in Baselland
- 18 Leserbrief

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Editorial

Schwerpunkt Managed-Care-Abstimmung vom 17. Juni 2012



Liebe Leserinnen und Leser

Die Synapse, das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel, existiert seit 20 Jahren und wurde bisher von Ärztinnen und Ärzten für Ärztinnen und Ärzte geschrieben. Zu Beginn des Jahres 2012 haben wir im Zusammenhang mit einem neuen Redaktionskonzept u.a. zwei Neuerungen eingeführt: Einerseits haben wir die Erscheinungsfrequenz von acht auf sechs Ausgaben pro Jahr reduziert (weniger ist mehr!) und gleichzeitig beschlossen – dies als zweite Neuerung – eine der sechs Ausgaben zu einer Patientenausgabe zu machen. Eine Ausgabe also, die von Ärzten speziell für die Patienten geschrieben wird und an sie gerichtet ist.

Sie halten hier die erste «Publikumsausgabe» der Synapse in den Händen mit dem Schwerpunktthema «Managed-Care-Abstimmung vom 17. Juni 2012», von der auch Sie als Patientin und Patient sehr direkt betroffen sind.

Als Redaktionskommission, aber selbstverständlich auch als die Ärzte Ihres Vertrauens, sind wir an Ihrer Meinung und generell an einem Meinungsaustausch interessiert. Was denken Sie zur MC-Vorlage? Und wie gefällt Ihnen die vorliegende Synapse?

Schreiben Sie uns via synapse@emh.ch. Vielen Dank im Voraus.

Mit herzlichen Grüssen

Dr. Tobias Eichenberger

Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Patienten brauchen unabhängige Ärzte, denen sie vertrauen können

Was erwarten Sie von einem Richter? Dass er unabhängig ist! Was erwarten Sie von Ihrem Arzt? Dass Sie ihm vertrauen können! Eine Voraussetzung dafür ist Unabhängigkeit. Das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz, heisst es seit der Antike. Was hat das alles mit der Managed-Care-Abstimmung vom 17. Juni 2012 zu tun?

Zugespielt formuliert: Es droht die Gefahr, dass das Budget bald einmal zum höchsten Gesetz wird, wenn Managed Care eingeführt wird. Im aktuellen Gesetzestext heisst es: «Der Bundesrat «kann» die Budgetmitverantwortung regeln.» Diese Kann-Formulierung ist aus unserer Sicht eine Mogelpackung, denn die stärksten Lobbys – allen voran santésuisse, die bröckelnde Dachorganisation der Schweizer Krankenversicherer, – werden dafür sorgen, dass der Bundesrat die Budgetmitverantwortung regeln muss. Das ist aber keineswegs im Interessen der Prämienzahler!

Die Ärzte beider Basel (inkl. die Vereinigung der Hausärzte beider Basel) lehnen die Managed-Care-Vorlage ab, da sie den Gesundheitsbereich überregulieren und die Medizin in eine falsche Richtung steuern würde.

Einzig der Verband Hausärzte Schweiz unterstützt die Vorlage, weil er der Meinung ist, die Vorlage lasse den Ärztinnen und Ärzten noch genügend Gestaltungsspielraum. Dabei haben gerade die Hausärztinnen

und Hausärzte in den letzten 15 Jahren die Erfahrung gemacht, dass sie durch Versicherer und Behörden über den Tisch gezogen worden sind. Dies ist ein wesentlicher Grund für den bereits heute bestehenden Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Dies mag zwar Irrsinn sein, hat aber doch Methode (Hamlet II, 2).

Gemäss Berichten des Schweizer Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) steuern wir direkt auf eine Personalmangelsituation im Gesundheitswesen zu. Danach werden 2030 geschätzte neun Millionen Konsultationen bei Hausärztinnen und Hausärzten

17. JUNI 2012
**Freie Arztwahl
verlieren?**



→ Fortsetzung Seite 3

nicht mehr abgedeckt sein und es werden 150 000 Pflegende fehlen. Die Managed-Care-Vorlage wird diesen Trend weiter verschärfen, da sie die Medizin dehumanisiert und ökonomisiert.

Was meinen Sie als Prämienzahler dazu? Bilden Sie sich mit der vorliegenden Patienten-Synapse Ihre eigene Meinung!

Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

PS: Als Lesetipp empfehle ich Ihnen das Buch von Prof. Mathias Binswanger: *Sinnlose Wettbewerbe. Warum wir immer mehr Unsinn produzieren.* (Herder, 2010).

Kurzporträt der ärztlichen Berufsverbände der beiden Basel



Die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und die Ärztesellschaft Baselland (AeGBl) sind die Berufsorganisationen aller in Basel-Stadt und Baselland tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen und gelten als kantonale Basisorganisationen der FMH.

Die beiden Ärztesellschaften sind unabhängig voneinander organisiert, arbeiten jedoch sehr eng zusammen! Sie verstehen ihre Hauptaufgabe darin, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung der beiden Basler Halbkantone zu gewährleisten, die Stellung ihrer Mitglieder in deren beruflichem Umfeld zu stärken und damit die Rahmenbedingungen zu ermöglichen, damit sich die Ärztinnen und Ärzte voll auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten konzentrieren können.

Gegründet wurden die Gesellschaften in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die Tarifgestaltung, die Qualitätskontrolle, die Weiter- und Fortbildungen, der Notfalldienst, die regionale Vernetzung und natürlich auch die Förderung der «Geselligkeit» unter den Mitgliedern sind Themen, die die Gesellschaften auch heute beschäftigen. Die Ärztesellschaften gehören zu den wichtigsten Gesundheitsorganisationen in unserer Region. Es ist ihnen ein grosses Anliegen, im gesundheitspolitischen Umfeld auf kantonaler und regionaler Ebene Einfluss auszuüben und als kompetente Partner wahrgenommen zu werden. Sie pflegen enge Beziehungen zu den anderen Anbietern und Organisationen im Gesundheitswesen.

Die Gesellschaften setzen sich und ihren Mitgliedern hohe medizinische und ethische Qualitätsstandards. Das heisst im Klartext für die Patienten: Sie können sicher sein, dass sie die bestmögliche Behandlung und Beratung nach dem neuesten Stand des medizinischen Wissens durch den Arzt ihres Vertrauens erhalten.

Durch die Mitgliedschaft bei den Gesellschaften erklärt sich die Ärztin bzw. der Arzt bereit, diese Qualitätsstandards sowie die Standesordnung der Gesellschaft einzuhalten.

Zur Erreichung der in den Statuten formulierten Ziele engagieren sich die Ärztesellschaften insbesondere in den folgenden Bereichen:

- **Gesundheits- und Berufspolitik** (Wahrnehmung der gesundheits- und berufspolitischen Interessen des gesamten Berufsstandes gegenüber den Partnern im Gesundheitswesen.)
- **Standesordnung** (Ausübung einer Ordnungsfunktion innerhalb des Berufsstandes zur Durchsetzung der von der Ärzteschaft anerkannten ethischen Grundwerte, Förderung der Kollegialität und Solidarität unter den Mitgliedern.)
- **Fortbildung und Qualitätsförderung** (Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden Fortbildung und praxisbezogenen Qualitätsförderung ihrer Mitglieder.)
- **Ausbildung Medizinischer Praxisassistentinnen** (Im Rahmen des entsprechenden gesetzlichen Auftrages organisieren und finanzieren die Ärztesellschaften die überbetrieblichen Kurse für Medizinische Praxisassistentinnen.)
- **Dienstleistungen** (Angebot attraktiver Dienstleistungen für Mitglieder und Dritte.)
- **Kommunikation** (Mitgestaltung der öffentlichen Meinung in für den Berufsstand und das Gesundheitswesen zentralen Fragen. Information der Mitglieder über das verbandspolitische Geschehen und die Entwicklungen im Gesundheitswesen.)

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
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünthe, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse»-Archiv im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 23. Juli 2012

Zahlreiche Dienstleistungen auch für Patientinnen und Patienten

Die MedGes und die AeGBL unterstützen nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern erbringen auch zahlreiche Dienstleistungen für Patientinnen und Patienten in den beiden Basler Halbkantonen. Hier eine Übersicht.

Was können Sie als Patient tun, wenn Sie trotz der grossen Bemühungen der Ärztesellschaften um eine gute Behandlungsqualität Fragen haben, wenn Sie unsicher sind oder wenn Sie mit einer Behandlung nicht zufrieden sind? Wir empfehlen folgendes Vorgehen:

- Bitte wenden Sie sich zuerst direkt an Ihren behandelnden Arzt/Ihre behandelnde Ärztin.
- Bei weiterbestehenden Unklarheiten, gelangen Sie via die Sekretariate der jeweiligen Ärztesellschaften (Adressen siehe unten) an die zuständigen Stellen, diese sind:

Ombudsman

Der Ombudsman berät und vermittelt bei Unklarheiten zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt. Durch direktes Gespräch der Parteien unter Anwesenheit des Ombudsmannes können viele Unstimmigkeiten unkompliziert beseitigt werden. Wenden Sie sich an das Sekretariat der Ärztesellschaften (Kontakt vgl. unten), Sie werden an den entsprechenden Ombudsman weitergeleitet.

Tarif-Ombudsman (BS) / Blaue Kommission (BL)

Erscheint Ihnen die Rechnung Ihres Arztes als zu hoch? So wenden Sie sich auch in diesem Fall an das entsprechende Sekretariat. Die Rechnungen werden durch die im jeweiligen Kanton zuständige Stelle geprüft und bei Feststellung einer überhöhten Rechnung beim entsprechenden Arzt beanstandet.

Ehrenrat

Der Ehrenrat sorgt dafür, dass die Standesordnung eingehalten wird. Bei Verfehlungen der Ärztinnen und Ärzte gegen die Standesordnung können Betroffene ein Verfahren vor dem Ehrenrat einleiten. Es ist den Ärztesellschaften ein grosses Anliegen, die in der Standesordnung festgeschriebenen Grundsätze

zu beachten und durchzusetzen. Der Ehrenrat wacht darüber, dass diese Verfehlungen geahndet werden. Dafür stehen ihm verschiedene Sanktionsmöglichkeiten zur Verfügung, die er nach eigenem Ermessen einsetzen kann. Bitte melden Sie sich bei Bedarf beim entsprechenden Sekretariat.

Basler Patientenverfügung

Die Basler Patientenverfügung wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel sowie der GGG Voluntas erstellt und kann bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und im MedGes-Sekretariat bezogen oder auf www.basler-patientenverfuegung.ch heruntergeladen werden.

Baselbieter Patientenverfügung

Bei der Baselbieter Patientenverfügung wurde Wert auf grösstmögliche Einfachheit und Praktikabilität gelegt. Sie kann von der Website der AeGBL (www.aerzte-bl.ch) heruntergeladen oder in Papierform beim Hospiz im Park in Arlesheim (Tel. 061 706 92 22) bezogen werden.

Patienten Anlauf- und Beratungsstelle Basel (PABS): Hotline 061 560 15 50

Diese 24-Stunden-Hotline ist eingerichtet zur Beratung bei sexuellen Übergriffen durch Fachleute im Gesundheitswesen. Der Anruf wird von den Mitarbeiterinnen der Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) entgegengenommen. Innert 24 Stunden werden Sie von einer PABS-Ärztin oder einem PABS-Arzt kontaktiert.

Was tun im Notfall?

- Wählen Sie im Notfall zuerst die Nummer Ihres Hausarztes oder Ihres Kinderarztes
- Ist dieser nicht erreichbar, so wenden Sie sich an die Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) Tel. 061 261 15 15
- In lebensbedrohlichen Situationen rufen Sie den Sanitätsnotruf und Krankentransport, Telefon 144

Die Ärztesellschaften organisieren den ärztlichen Notfalldienst im Kanton Basel-Stadt und im Kanton Baselland und stellen damit einen 24-Stunden-Notfall-

dienst (inkl. Hausbesuche) für die Öffentlichkeit sicher.

Über die Stiftung Medizinische Notrufzentrale (Tel. 061 261 15 15, www.mnz-basel.ch) können rund um die Uhr die eigenen Ärzte oder die Notfall-Ärzte erreicht werden (siehe dazu Artikel in dieser Synapse auf Seite 17).

Universitätsspital Basel: Öffnungszeiten Hausärztliche Notfallpraxis (HNP)

Montag–Freitag:
17.00 – 23.00 Uhr
Wochenende und Feiertage:
9.00 – 23.00 Uhr

Kantonsspital Bruderholz: Öffnungszeiten Hausärztliche Notfallpraxis (HNP)

Donnerstag:
15.30 – 21.00 Uhr
Wochenende und Feiertage:
10.00 – 21.00 Uhr

Kantonsspital Liestal: Öffnungszeiten Hausärztliche Notfallpraxis (HNP)

Montag–Freitag:
18.00 – 23.00 Uhr
Wochenende und Feiertage:
9.00 – 21.00 Uhr

Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB: Öffnungszeiten Notfall-Praxis

Donnerstag:
16.00 – 22.00 Uhr
Freitag:
18.00 – 22.00 Uhr
Wochenende und Feiertage:
9.00 – 22.00 Uhr

Die Adressen

Kontakt Medizinische Gesellschaft Basel
Medizinische Gesellschaft Basel MedGes
Geschäftsführerin:
Dr. iur. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, 4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
info@medges.ch; www.medges.ch

Kontakt Ärztesgesellschaft Baselland
Ärztesgesellschaft Baselland
Geschäftsführer: lic. iur. Friedrich Schwab
Renggenweg 1, 4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
www.aerzte-bl.ch

NEIN zur Managed-Care-Vorlage – das Argumentarium

Die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) und die Ärztesgesellschaft Baselland (AeGBL) sind gegen die Managed-Care-Vorlage, die am 17. Juni 2012 zur Abstimmung kommt. Die Gründe dafür erläutern sie im nachfolgenden Argumentarium.

Heute sind alle Bewohnerinnen und Bewohner unseres Landes in der Grundversicherung für die gleichen medizinischen Leistungen versichert. Sie können den Arzt, dem sie vertrauen, frei wählen und ihn auch jederzeit wechseln. Sie bezahlen dafür Prämien an die Krankenkasse ihrer Wahl.

Zusätzlich zur jährlichen Franchise von mindestens 300 Franken bezahlen alle Patientinnen und Patienten einen Selbstbehalt von 10 Prozent (höchstens 700 Franken). Das heisst: Sobald die Gesundheitskosten den Betrag der Franchise erreicht haben, übernimmt der Versicherte einen Selbstbehalt von 10 Prozent bis zu einem Betrag von maximal 700 Franken im Jahr.

Wem die Prämien einer Kasse zu hoch oder die Dienstleistungen ungenügend sind, (oder wenn Prämien erhöhungen anstehen), der kann auf Mitte oder Ende eines Jahres die Krankenkasse wechseln. Prämien lassen sich sparen, indem die jährliche Kostenbeteiligung (Franchise) freiwillig heraufgesetzt wird – von minimal 300 Franken auf maximal 2500 Franken pro Jahr, zusätzliche Sparmöglichkeiten bieten Hausarzt- und HMO-Modelle.

Managed Care gibt es heute schon

Managed Care, die «geführte oder gelenkte medizinische Behandlung» existiert auf freiwilliger Basis in der Schweiz schon seit vielen Jahren. Die Versicherer dürfen solche Modelle seit 1996 anbieten und die Versicherten können diese frei wählen.

2010 war durchschnittlich jede achte Person in einem Ärztenetz versichert, das sind 12 Prozent schweizweit. Die kantonale Verteilung ist sehr ungleich. Im Kanton Thurgau sind 35 Prozent in einem Managed-Care-Modell versichert, in Genf 17 Prozent und in Zürich 14 Prozent. In gewissen Kantonen (Glarus, Jura, Obwalden, Uri, Waadt, Wallis) existieren



derzeit noch keine Ärztenetze respektive erst Pläne dafür.

In der ganzen Schweiz wurden 2010 insgesamt 86 Ärztenetze gezählt. Rund 50 Prozent aller Grundversorger (Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) und über 400 Spezialärzte haben sich einem dieser Netze angeschlossen. Gemäss neuesten Zahlen sind nur 6 Prozent der Versicherten in einem solchen Modell versichert, 7 Prozent haben die telefonische Vorberatung gewählt und 32 Prozent ein Hausarztmodell ohne Budgetverantwortung. Der grösste Teil der Versicherten (55 Prozent) hat eine herkömmliche Standardversicherung. Indem der Staat (gemäss KVG-Vorlage) mit finanziellen Hürden praktisch zwangsweise Ärztenetze verordnet, werden die Patienten bevormundet. Sie können ihren Arzt nicht mehr frei wählen, und dürfen auch nicht direkt zum Spezialisten. Die Managed-Care-Planwirtschaft schafft die freie Arztwahl für die meisten Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz ab.

Bundesrätliche Widersprüche

Leistungen wie Labor, Röntgen oder die direkte Medikamentenabgabe gehör-

ten bisher in vielen Praxen im Bereich Grundversorgung zu den Standarddienstleistungen, die «aus einer Hand» selbstverständlich zur Verfügung standen. Der Bundesrat widerspricht sich selbst, wenn er behauptet, die integrierte Versorgung fördern zu wollen, wenn er gleichzeitig mit «Massnahmen der Tarifenkung» für Labor und Medikamentenabgabe diese «integrierten Leistungen» in Zukunft aushöhlt. Zudem entbehrt die Behauptung, dass mit der Annahme der Gesetzesvorlage Doppelspurigkeiten, Zwischenfälle und Behandlungslücken vermieden werden könnten, jeder sachlichen Grundlage. Dies ist mit dem heutigen Hausarzt-Modell bereits der Fall – es braucht keine Manager im Hintergrund. Entscheidend ist, dass Arzt und Patient in einer vertrauensvollen Beziehung ein gemeinsames Diagnose- und Behandlungskonzept entwickeln können. Team-Medizin ist längst Realität: Im vertragsfreien Netzwerk bestimmt allerdings der Arzt, wie sein Netzwerk aussieht und kann es, z.B. bei mangelnder Behandlungsqualität, jederzeit anpassen. Im Gegensatz zum Ausland hat die integrierte Versorgung in unseren Hausarztpraxen bereits lange Tradition.

Bevormundung und Verteuerung

Wer in einem Managed-Care-Modell versichert ist, darf nur jene Ärztinnen und Ärzte konsultieren, die Teil des Netzwerkes sind. Möchte er sich von seinem bisherigen Arzt weiter behandeln lassen oder anderswo eine Zweitmeinung einholen, muss er diese Besuche vollumfänglich selbst bezahlen. Es kann ihm auch vorgeschrieben werden, welches Spital, welche Apotheke, welche Physiotherapeutin er für weitere Behandlungen wählen muss.

Wer sich nicht für ein Managed-Care-Modell entscheidet, wird mit einem deutlich höheren Selbstbehalt bestraft. Statt 10 muss er neu 15 Prozent Selbstbehalt übernehmen und das bis zu einem Maximum von 1000 Franken pro Jahr, zusätzlich zu den Kassenprämien. In einem Ärztenetz liegt die Limite bei 500 Franken. Heute sind es 700 Franken für alle.

Wenn ein Versicherter seinen Arzt behalten und sich nicht mit der Prämienstrafe

abfinden will, muss er die Kasse wechseln (auch wenn er mit ihr sehr zufrieden ist).

Patientinnen können fortan ebenso nicht mehr den Gynäkologen ihrer Wahl aufsuchen. Sie müssen – Schwangerschaftsuntersuchungen ausgenommen – immer zuerst den Hausarzt um Erlaubnis bitten. Wenn sie das nicht tun, werden sie mit einem verdoppelten Selbstbehalt bestraft.

Keine freie Spital-, Apotheken- und Heimwahl mehr

Nicht nur die freie Arztwahl fällt in einem Ärztenetz dahin, auch Spital, Apotheke, Heim, Physiotherapie können vorgeschrieben werden. Versorgungsnetze werden versuchen, Exklusivverträge mit Spitälern abzuschliessen.

Versicherer werden mit der Revision nicht gezwungen, Modelle mit integrierter Versorgung anzubieten. Die Kassen können aber frei wählen, mit welchen Managed-Care-Netzen sie Verträge abschliessen wollen und dabei Druck auf die Abgeltung der Leistungen machen.

Wer die Kasse wechseln, aber sein Ärztenetz behalten will, scheitert

Möchte ein Versicherter im Versorgungsnetz bleiben, aber die Krankenkasse wechseln, kann er das nur dann, wenn die neue Krankenkasse einen Vertrag mit seinem bisherigen Ärztenetz hat. Ansonsten muss er einen hohen – durch den Versicherer festgelegten – Austrittsbetrag zahlen.

Die medizinische Behandlung wird teuer, wenn man nicht auf den Arzt seiner Wahl verzichten will: Neu müssen künftig bis zu 1000 Franken pro Jahr selbst bezahlt werden – zusätzlich zur Franchise von mindestens 300 Franken. Nur noch wenige Versicherte werden sich ihren frei gewählten Arzt leisten können.

Der Bundesrat erwartet, dass sich knapp ein Drittel der Einwohner die freie Arztwahl trotz der deutlich höheren Selbstbeteiligung auch in Zukunft leisten wird. Zwei Drittel werden sich aus Kostengründen einem Netzwerk anschliessen müssen. Sie werden auf die freie Arztwahl, die freie Wahl des Spitals und des Heimes sowie die freie Wahl der Kasse verzichten müssen. Sie werden mit der Angst zu leben haben, dass ihnen die Ärztinnen und Ärzte ihres Netzwerkes aus Kostengründen nicht die bestmögliche Medizin zukommen lassen dürfen.

Die Managed-Care-Vorlage belohnt alle Netzwerke – auch jene, die qualitativ nicht gut arbeiten. Dies ist ein schlech-

ter Anreiz und führt zu einem Qualitätsverlust.

Die Qualität der Behandlungen wird nicht besser

Hausärzte und Hausärztinnen arbeiten schon lange bedürfnis-, qualitäts- und kostenorientiert. Sie sind die effizientesten Sparer im Gesundheitswesen (unter Inkaufnahme eines Verlustes von bis zu 50 Prozent ihres Einkommens seit den 1970er-Jahren), und zwar ohne Qualitätseinbussen!

Die Netze müssen Budgetziele einhalten, was Risikoselektion und verdeckte Rationierung begünstigt und (falsche) Anreize setzt, nur noch die billigsten Untersuchungen und Therapien anzuordnen und den Patienten vermeintlich teure Verfahren vorzuenthalten. Dadurch wird das Verhältnis zwischen Behandelnden und Patienten belastet.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wird gestört, weil der Arzt in dieser neuen Situation sowohl die medizinische wie auch die ökonomische Verantwortung hat. Der Patient muss sich stets fragen, ob er nun wirklich die optimale Behandlung erhält oder lediglich die kostengünstigste.

Es gibt bis heute keine Beweise für die Behauptung, Managed Care bringe für das gesamte Gesundheitswesen Kosteneinsparungen mit sich. Im Gegenteil ist es sehr zweifelhaft, ob ein Zwang zu Netzwerken sich über die Jahre rechnet. Heute entscheiden sich eher jüngere und gesündere Menschen für Netzwerke, während ältere und kranke eher bei der herkömmlichen Hausarztbetreuung bleiben. Im Fall eines Managed-Care-Zwanges würden sich die Unterschiede ausgleichen und somit das Sparpotenzial zusehends schwinden.

Planwirtschaft statt Wettbewerb

Bezeichnenderweise stehen zwei Länder mit Managed-Care-Systemen an der Spitze der teuersten Gesundheitswesen weltweit: die USA und Norwegen.

Die heute bestehenden ärztlichen Netzwerke sollen sich im freien Markt bewähren. Die fruchtbare Konkurrenzsituation zwischen den verschiedenen Systemen soll nun aber zugunsten eines einzelnen Systems verfälscht werden. Die heute bereits funktionierenden Systeme (Hausarztmodell, Telemedizin, ja sogar Ärztenetze ohne Budgetverantwortung) sollen künstlich zum Verschwinden gebracht werden.

Managed-Care-Netze müssen mit einer Krankenkasse einen Vertrag mit einem

Budget abschliessen. Das Netzwerk trägt dafür Verantwortung, dass das Budget eingehalten wird. Wie immer bei Budgets, handelt es sich um Schätzungen, wie hoch die Kosten ausfallen werden, welche die Versicherten verursachen. Fallen die wirklichen Kosten tiefer aus, erzielt das Netz einen Gewinn, der zwischen dem Netz und der Kasse aufgeteilt wird, im Falle eines Verlustes muss das Netz mitzahlen.

Rationierung und Zweiklassenmedizin

Nicht nur Ärztepraxen, sondern auch Spitäler, Kliniken und Heime können Mitglied eines Netzwerkes werden und unterliegen damit auch direkt der Budgetmitverantwortung. Kommerzielle Motive werden in der Behandlung der Patientinnen und Patienten zwangsläufig wichtiger, die optimale Gesundheitsversorgung wird somit gefährdet und die versteckte Rationierung medizinischer Leistungen gefördert, da der Arzt in dieser neuen Situation sowohl die medizinische wie auch die ökonomische Verantwortung trägt.

Für alle Beteiligten eines Netzes wie auch für die Krankenkassen kann es oberstes Ziel sein, die Patientinnen und Patienten möglichst billig zu behandeln, um den daraus resultierenden Gewinn einzustreichen. Auch für Sozialdienste, Vormundschaftsbehörden u.a. wird mehr oder weniger vorgegeben, welches System bevorzugt werden soll – nämlich das günstigste, nicht das beste.

Wer gesund ist, den kümmert es kaum, wer ihn behandeln wird, oder ob ihm im Fall einer Krankheit ein unbekannter Netz-Arzt gegenüber sitzt.

Chronischkranke müssen den Arzt wechseln

Ganz anders und weit weniger gut sieht es für Chronischkranke aus: Für sie ist es unerlässlich, dass sie sich immer jenem Arzt anvertrauen können, der sie seit Jahren betreut und sie somit bestens kennt. Das Wohlergehen der Patienten hängt nicht nur vom Fachwissen des Arztes ab, sondern massgeblich vom Vertrauen und vom zwischenmenschlichen Kontakt. Das ist in einem Ärztenetz mit wechselnden Ansprechpersonen nicht gewährleistet. Chronischkranke müssen den Arzt wechseln, wenn dieser nicht im Ärztenetzwerk der betreffenden Krankenkasse arbeitet.

Lange Wartezeiten

Managed Care hat international das Image langer Wartelisten. Im Managed-Care-Vorzeigeland Dänemark verlor die

Managed-Care-Gesundheitssteuerung zahlreiche Prozesse gegen Patientenorganisationen, deren Mitglieder wegen fehlender Behandlung gestorben waren. Was theoretisch schön tönt – Begleitung der Patientinnen und Patienten während des gesamten Diagnose- und Behandlungsprozesses – entpuppt sich für die Patienten oft als kräftezehrender Marathon innerhalb eines Netzwerkes. Das bewährte Schweizer Gesundheitssystem auf internationalem Spitzenniveau und ohne Wartelisten soll nun aufs Spiel gesetzt werden.

Mehrjährige Knebelverträge

Krankenkassen können Versicherte für drei Jahre an sich binden. Ist ein Versicherter mit den Leistungen seines Versorgungsnetzes in dieser Zeit nicht zufrieden und fühlt er sich dort nicht optimal behandelt, muss er warten, bis er den Vertrag auflösen kann. Es sei denn, er kauft sich mit einer hohen Austrittsprämie wieder frei.

Managed Care saniert das Gesundheitswesen nicht

Wer behauptet, ein Managed-Care-Zwang führe dazu, dass die Schweizerinnen und Schweizer weniger oft zum Arzt gehen, verbreitet Unwahrheiten, denn Schweizer Patienten sind bereits sehr zurückhaltend und entscheiden sehr vernünftig, ob ein Arztbesuch nötig ist oder nicht. Gemäss den neuesten OECD-Zahlen (2009) belegt die Schweiz mit 4 Arztbesuchen pro Jahr Platz 24 von 28 bewerteten Ländern. Der OECD-Schnitt beträgt 6,8 Besuche pro Jahr. In dieser Studie sind auch Länder mit Managed Care eingeschlossen.

Es ist ohnehin eine Illusion zu glauben, diese Revision des Krankenversicherungsgesetzes bringe eine Senkung der Gesundheitskosten bei gleicher Qualität. Der grösste Teil der Kostenverursacher – die Spitäler, Pharmaindustrie und Kassenbürokratie – bleiben unangetastet. Im Gegenteil: Mit den neuen Mana-

Abstimmungs-Empfehlung

Geschätzte Patientinnen und Patienten

Die Ärztesgesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel empfehlen Ihnen ein NEIN bei der Abstimmung über die Managed-Care-Vorlage vom 17. Juni 2012 in die Urne zu legen. Managed Care ist heute bereits Fakt – und die nun zur Abstimmung gelangende Managed-Care-Vorlage deshalb völlig unnötig. In den letzten Jahren hat sich die integrierte, von allen Leistungserbringern koordinierte Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer einzigen Behandlungskette unter den gegebenen Rahmenbedingungen zur Zufriedenheit von Patienten, Ärzten und Versicherern entwickelt. Bereits sind über 50 Prozent der Grundversorger (Hausärzte) und viele Spezialärzte in gemanagten Netzen zusammengeschlossen.

Der freiheitlich entstandene, austarierte Mix aus traditionellen, informellen Netzen und Managed-Care-Systemen erlaubt heute einen gesunden Wettbewerb und ist die Basis für eine gesunde und sinnvolle Weiterentwicklung des ganzen Gesundheitswesens.

Wie die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie andere Organisationen und Parteien wehren sich auch die beiden Basler Ärztesgesellschaften gegen diese planwirtschaftliche Massnahme, die die freie Arztwahl gefährdet und die Rationierung der medizinischen Versorgung bedeuten könnte.

Mit freundlichen Grüssen

*Dr. Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztesgesellschaft Baselland*

*Dr. Felix Eymann
Präsident Medizinische Gesellschaft Basel*

ged-Care-Modellen und ihren unzähligen Verträgen und Regelungen wächst die teure Bürokratie und Unübersichtlichkeit weiter.

Krankenkassen können weiterhin medizinische Dienstleistungen (inkl. ganze Arztpraxen, HMOs etc.) anbieten.

Auch nach Annahme der aktuellen KVG-Vorlage können die Versicherer noch über Jahre weiter Arztpraxen unter ihrer Kontrolle betreiben. Es bestehen heute schon Bestrebungen, die vorerst auf 5 Jahre festgelegte Übergangszeit auf 10 Jahre zu verlängern.

Risikoausgleich hat nichts mit Managed Care zu tun

Als Vorteil der Revisionsvorlage wird immer wieder ins Feld geführt, dass sie einen verbesserten Risikoausgleich unter den Krankenkassen bringe und so die Jagd auf günstige Risiken eindämme. Zu diesem Thema besteht aber ein breiter

Konsens unter den verschiedenen Gruppierungen im Gesundheitswesen, dass der Risikoausgleich auch abgekoppelt von der vorgesehenen Revision verbessert werden kann. Sollte zudem dereinst der Soverän einer kantonalen oder gesamtschweizerischen Einheitskasse zustimmen, würde sich ein Risikoausgleich ohnehin erübrigen.

... und wenn die Anreize des neuen Gesetzes nicht genügen

... dann greift der Bundesrat ein und ... passt die Budgetverantwortung des Ärztenetzes an und/oder ... ändert die Franchise zugunsten der Vertragsnetze und/oder ... ändert die jährlichen Höchstbeiträge zugunsten der Vertragsnetze ... verpflichtet die Versicherer, Vertragsnetze mit Budgetverantwortung zu unterstützen

Dr. Roland Schwarz und Dr. Christoph Hollenstein

Wünschen Sie weitere (Gratis-)Exemplare der Synapse-Publikumsausgabe?

Richten Sie Ihre Zusatzbestellung an den Schweizerischen Ärzteverlag, EMH, Steinentorstrasse 13, 4051 Basel, Telefon 061 467 85 92, Fax 061 467 85 56
Mail: verlag@emh.ch oder www.synapse-online.ch

Amerika zeigt, wohin Managed Care führt

Die Managed-Care-Vorlage hat mit der Budgetmitverantwortung einen kapitalen Konstruktionsfehler. Am Beispiel von Amerika – dem Mutterland der MC-Bewegung – wird deutlich, wohin dieser Fehler führt.

Die KVG-Revision, die am 17. Juni zur Abstimmung kommt (Managed-Care-Vorlage) ist eine Vorlage, die vor allem von der Versichererseite geprägt ist und vor allem wegen eines zentralen Punktes abzulehnen ist: der **Budgetmitverantwortung**. Sie ist der grösste Konstruktionsfehler der ganzen Vorlage.

Denn – auf den Punkt gebracht – ein Arzt kann keine Verantwortung übernehmen für etwas, was er nicht kontrollieren kann. Er kann z. B. nicht wissen, wie hoch die Inzidenz von Krebserkrankungen und entzündlichen rheumatischen Erkrankungen im nächsten Jahr in der von ihm betreuten Patientenpopulation sein wird. Sie weist zufällige Schwankungen von Jahr zu Jahr auf, wird aber das Budget seines integrierten Netzes massgeblich beeinflussen.

Bei all diesen Budgetkonstrukten ziehen entweder die Versicherer die Leistungserbringer über den Tisch oder umgekehrt. Ausbaden müssen das Ganze aber die

am Vertrag unbeteiligten Dritten: die Patientinnen und Patienten.

Budgetmitverantwortung führt zu Risiko-selektion und damit zu verdeckter Rationierung. Es kann zu Konflikten zwischen den verschiedenen Leistungserbringern innerhalb eines Netzes kommen, wodurch das Arzt-Patienten-Verhältnis in mehrfacher Hinsicht belastet wird.

Die KVG-Revision ist letztlich ein Schritt in Richtung Gesundheitskonzerne nach dem Muster amerikanischer Verhältnisse. Bezogen auf das Preis-Leistungs-Verhältnis und auf die Qualität der Gesundheitsversorgung der Gesamtbevölkerung bekam das amerikanische Gesundheitswesen an der letzten europäischen Public-Health-Konferenz im November 2011 in Kopenhagen mit Abstand schlechtere Noten als diejenige sämtlicher westeuropäischer Länder.

Amerika – das Mutterland von Managed Care – ist das mit Abstand teuerste Gesundheitswesen der Welt. Amerika heisst in diesem Zusammenhang auch: Spitzenmedizin für die oberen Zehntausend sowie Spitzenverdienst für die Versicherungsmanager und Juristen. Viele weniger wohlhabende amerikanische Bürger sind auf kostenlose medizinische Leistungen von Entwicklungshilfeorganisationen an-

gewiesen. Wollen wir das in der Schweiz? Auch der verfeinerte Risikoausgleich ist eine Fehlkonstruktion. Mit welchem Aufwand gedenkt man die relevante Varianz zu erfassen?

Ausbaden dürfen das die Leistungserbringer. Es werden wieder Ressourcen vom Kernprozess abgezogen. Die eleganteste Lösung wäre eine Einheitskasse. Dann müssten keine Risiken mehr ausgeglichen werden. Die Krankenkasse wäre dann wieder mehr eine Sozialversicherung, näher bei ihrem Kernauftrag der Solidarfunktion, und nicht eine «Money-making-Machine» für Manager, Verwaltungsräte und zweifelhafte Investitionen und Partnerschaften. Die FINMA hätte weniger Arbeit, das BAG wäre mit der Versicherungsaufsicht nicht mehr überfordert und wir hätten in der Praxis vielleicht weniger Papierkrieg und wieder mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten.

In Amerika ist zwischenzeitlich die Grundversorgung in einigen Gebieten inexistent. Es gibt nur noch «Retainer Medicine» oder «Concierge Medicine».

*Dr. med. Carlos Quinto MPH,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH*

Der Zwang zu Managed Care behindert die Therapie

Die freie Wahl des Arztes durch den Patienten ist nicht nur Ausdruck einer freien Gesellschaft, sondern zentrale und wichtige Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieverlauf.

Für das Wohlbefinden von jedem von uns sind die Gefühle der eigenen Autonomie und Selbstbestimmung von hoher Bedeutung. Diese werden heute in wichtigen Bereichen wie Arbeit und gesellschaftliches Zusammenspiel starken Belastungen ausgesetzt. Umso wichtiger ist es, diese im privat-persönlichen Bereich ausleben zu können. Dazu gehört im Bereich des Gesundheitswesens, dass der Patient sich den Arzt seines Vertrauens auswählen kann.

Dieses Vertrauensverhältnis ist in jeder Arzt-Patienten-Beziehung von grosser

Bedeutung. Absolut notwendig ist das Vertrauensverhältnis für die Psychotherapie. Aus der Psychotherapieforschung ist bekannt, dass für günstige Behandlungsergebnisse weniger die Methoden-ausrichtung entscheidet, als vielmehr die Beziehungsqualität Patient-Therapeut. Im Volksmund redet man davon, dass die «Chemie stimmen müsse», in der Forschung nennt man dies Passung. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient eine autonome Wahl einer Person seines Vertrauens treffen kann, damit er auf der Ebene der emotionalen Betroffenheit kommunizieren kann.

Das jetzt zur Abstimmung stehende MC-Modell besteht aus Netzwerken, die die Anzahl der beteiligten Ärzte definiert. Dem Patienten stehen nur die Ärzte des Netzwerkes zur Verfügung.

Die ausserhalb stehenden sind ausgeschlossen, womit die freie Therapeutenwahl verunmöglicht wird. Diese ist jedoch nicht ein Luxus, auf den man getrost verzichten kann, sondern ein zentraler Qualitätsfaktor für einen erfolgreichen Therapieverlauf. Managed-Care-Systeme mit eingeschränkter Zahl an Psychiatern nehmen also von vorne herein und strukturell bedingt einen hoch zu veranschlagenden Qualitätsverlust in Kauf.

Die doppelte Bestrafung der Patientinnen und Patienten, die auf der freien Arztwahl bestehen, durch höhere Krankenkassenprämien und verdoppelten Selbstbehalt, hat auf diesem Hintergrund etwas Zynisches. Dass den Schweizer Patientinnen und Patienten die freie Arztwahl ein hohes Gut ist, hat bisher

jede Abstimmung zu diesem Thema gezeigt. Es ist nicht richtig, mit solchen finanziellen Erschwerungen die nicht begüterten Menschen zum Beitritt zu MC zu nötigen. Auch ohne dieses Gesetz steht es jedem Patienten frei, freiwillig

einem MC-Netz beizutreten. Ein überzeugend gutes System hat es nicht nötig, zusätzliche finanzielle Belastung bei Nichtbeitreten als Argument einzusetzen. Ich bin darum der dezidierten Meinung, dass das von den eidgenössischen

Räten beschlossene MC-Gesetz abgelehnt werden muss.

*Dr. med. Peter Kern,
Psychiater und Psychotherapeut FMH, Basel*

Managed Care kontrovers

Managed Care wird auch innerhalb der Ärzteschaft kontrovers diskutiert. Hier zwei Stellungnahmen pro und contra MC-Vorlage.

JA zur MC-Vorlage

Die KVG-Vorlage ist ein Kompromiss, welcher während sieben Jahren harter Verhandlungen, bei denen sich die Ärzteschaft von Anfang an erfolgreich einbringen konnte, erzielt wurde. Trotzdem wird sie nun von einem grossen Teil der Ärzteschaft im Referendum angegriffen. Im Kampf gegen diese KVG-Revision werden immer wieder Behauptungen aufgestellt, welche ich hier richtigstellen möchte:

Die Gefahr der Rationierung ist ein Ammenmärchen

Diese Sorge beruht auf der Furcht, dass die Ärztinnen und Ärzte mit Budgets arbeiten müssen, welche im Laufe des Jahres aufgebraucht werden, so dass den Patientinnen und Patienten möglicherweise wichtige Massnahmen vorenthalten werden. Solche Szenarien sind von Deutschland her bekannt. Die Schweiz hat seit 20 Jahren Erfahrung mit Netzwerken. Die Budgetmitverantwortung ist in den hiesigen Netzen anders organisiert als in Deutschland. Das Budget ist bei uns eine virtuelle Zielvorgabe, welche auf das gesamte Patientenkollektiv gerechnet wird und die Behandlung des Einzelnen nicht beeinflusst. Vor allem in der Ostschweiz, aber zunehmend auch in den übrigen Landesteilen gibt es seit Jahren Patientinnen und Patienten, die diese Versicherungsform gewählt haben und damit sehr zufrieden sind. Wären sie es nicht, hätten sie längst ihre Versicherungsform gewechselt und die Netzwerke wären nicht so erfolgreich.

Die Qualität steigt!

Die Sorge um einen Qualitätsverlust, sobald der Arzt eine finanzielle Mitverantwortung übernimmt, beruht auf der

Angst davor, dass Ärzte fürs Nichtstun belohnt werden könnten. Heute verdient ein Arzt umso mehr, je mehr er behandelt. Manchmal ist aber weniger mehr. Auf Dauer ist jedoch der optimal behandelte Patient auch der Kostengünstigere. Optimale Behandlung erreicht man durch gut durchdachte Koordination. Seit 20 Jahren arbeiten die Netzwerke von Hausärztinnen und Hausärzten in der Schweiz mit Erfolg in ihren Qualitätszirkeln an Konzepten, wie die Behandlungs- und Betreuungsqualität fortwährend verbessert werden kann. Eine gute Koordination kann helfen, die Kosten im Griff zu behalten. Ein Koch kann darum sein Tagesmenü günstiger anbieten als die Gerichte à la carte. Der Unterschied, den es ausmacht, ob Sie sich in einem integrierten Versorgungsmodell oder mit so viel freier Arztwahl wie möglich versichern, macht im Vergleich zu heute im schlimmsten Fall 25 Franken pro Monat zusätzlich an Selbstbehalt für die Behandlungskosten aus. Kein sehr grosser Betrag, der aber ohne Einbusse der Qualität ebenso gut gespart werden kann. Als Hausärztin habe ich keinen direkten eigenen Nutzen von der Annahme des KVG, denn Patienten und Arbeit gibt es auch so genug. Trotzdem bin ich voller Überzeugung für die Revision.

Die KVG-Revision bringt uns eine Verbesserung, weil

- sie die ärztliche Teamarbeit fördert (und bessere Koordination fördert die Qualität und kann so die Kostenentwicklung dämpfen),
- neu die **Unabhängigkeit zwischen Ärzten/Ärztinnen und den Krankenkassen** bringt (weil diese auf Vertragsbasis in Zukunft gleichberechtigt sind und Kassen keine eigenen Praxen und Netze mehr führen dürfen),
- der **Risikoausgleich verfeinert** wird (chronisch Kranke weniger benachteiligt).

Dr. med. Eva Kaiser, Hausärztin, Binningen



MC-Vorlage – Nein danke!

Als Gegner der MC-Vorlage, der die Diskussion um diese Gesetzesänderung von Beginn weg mitgetragen hat, erlaube ich mir eine kurze Replik zum Beitrag von Eva Kaiser.

Die Gefahr einer Rationierung auf der Basis eines Globalbudgets ist eben gerade kein Ammenmärchen, sondern Realität. Solange nur vereinzelte Netzwerke mit Budgetmitverantwortung existieren, bilden diese keine Gefahr für die Rationierung von ärztlichen Leistungen. Wenn aber 60 bis 80 Prozent der Versicherten (dies wird mit der Vorlage beabsichtigt!) in solche MC-Netzwerke eingebunden sind, können die Krankenkassen auf Grund ihrer Machtposition Netzwerke gegeneinander ausspielen und die Kostenschraube anziehen. Das Ergebnis dieses Prozesses endet im Globalbudget!

Die Patientinnen und Patienten sollen frei entscheiden können, ob sie sich einem Hausarztmodell anschliessen, oder ob sie die freie Arztwahl bevorzugen. Sie wollen nicht durch finanzielle Druckmittel in Netzwerke gezwungen werden. Budget-Netzwerke gibt es nun seit 20 Jahren. Trotzdem sind nur gerade 3 Pro-

zent der Bevölkerung so versichert. **Wieso soll die Versicherung für die übrigen 97 Prozent verteuert werden?** Die Qualität der Behandlung hängt direkt mit der Qualifikation der Ärztinnen und Ärzten zusammen, und nicht ob diese einem Netz mit Budgetmitverantwortung angehören. Integrierte Versorgung macht heute jeder vernünftige Arzt, freiwillig und individuell auf den jeweiligen Patienten abgestimmt. Damit ist die hervorragende Qualität, die unser Gesundheitssystem auszeichnet, garantiert. **Wieso sollen wir das aufs Spiel setzen?**

Eine gute Koordination von Gesundheitsleistungen kann unnötige Untersuchungen und Behandlungen verhindern und sich so günstig auf die Kosten auswirken. Verhinderte oder verzögert durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen, die das Netzwerkbudget überziehen würden, können aber zu ungeahnten Mehrkosten und verlängertem Krankheitsverlauf führen. **Wollen wir das?** Als Hausarzt, aber auch als Versicherter einer Krankenkasse, lehne ich die vorliegende KVG-Revision entschieden ab. Die KVG-Revision bringt eine Verschlechterung der Gesundheitsversorgung, weil

- die freie Arztwahl aufgehoben wird,
- das Globalbudget und die Gefahr der Rationierung droht,
- die Patienten mit Knebelverträgen an die Krankenkassen gebunden werden,
- die Zweiklassenmedizin eingeführt wird.

Dr. med. Jürg Jutzi, Hausarzt, Bubendorf

Weitere Infos

pro und contra Managed Care

Pro: www.bessere-behandlung.ch

Contra: www.referendum-managedcare.ch

Der Arzt rät

In der Rubrik «Der Arzt rät» werden Themen aus dem Praxisalltag von Spezialisten und Hausärzten behandelt. Patienten fragen, Ärzte antworten. Weitere Informationen finden Sie unter www.medges.ch

Was tun bei Schmerzen im Gelenk?

Die Abnützung der Hüft- und Kniegelenke ist ein zunehmendes Problem in unserer Gesellschaft. Einerseits weil die Leute immer älter werden, andererseits weil die Beanspruchung der Gelenke zunimmt, sei es infolge übermässiger sportlicher Aktivitäten (und Unfällen), sei es infolge des weltweit zunehmenden Problems des Übergewichts. Zudem wird der Anspruch an die eigene körperliche Integrität und Mobilität immer grösser. Gelenkschmerzen treten anfangs meist schleichend auf, beim Gehen beispielsweise oder beim Treppensteigen. Kommen dann Schmerzen in der Nacht oder beim morgendlichen Aufstehen hinzu, unter Umständen einhergehend mit einer beschränkten Beweglichkeit des betroffenen Gelenks, so ist ein Besuch beim Arzt wohl sinnvoll. Aufgrund der Leidensgeschichte und der klinischen Untersuchung und mit Hilfe von Röntgenaufnahmen muss nun festgestellt werden, ob und in welchem Ausmass eine Knorpelabnützung (Arthrose) vorhanden ist. Als Therapie empfiehlt sich bei den meisten Patienten primär ein konservatives Vorgehen mit Physiotherapie, Salbenverbänden, entzündungshemmenden respektive schmerzlindernden Medika-

menten und gegebenenfalls Spritzenanwendungen. Sind diese Massnahmen ausgeschöpft, muss ein operatives Vorgehen im Sinne eines Hüft- oder Kniegelenksersatzes diskutiert werden. Entscheidend hierzu sind aber weiterhin vor allem das Schmerz ausmass und die beeinträchtigte Gelenksfunktion – der Patient bestimmt also bei gesicherter Diagnose einer Arthrose, wann eine Operation stattfinden soll. Festzuhalten ist auch, dass man nicht zu jung oder zu alt sein kann für einen Gelenksersatz. Die Erfahrung zeigt im Gegenteil, dass gerade ältere Patienten aus Respekt vor einem chirurgischen Eingriff lange damit zuwarten und es später bereuen, sich nicht schon viel früher für den künstlichen Gelenksersatz entschieden und sich so von teils jahrelangen Schmerzen erlöst zu haben.

Dr. med. Christoph Holenstein,
Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, Basel

Wie viel Medienkonsum vertragen Kinder?

Die tägliche Mediennutzungszeit von Kindern beträgt unter der Woche rund zwei Stunden, bei Jugendlichen mit Internetsurfing rund vier Stunden, am

Wochenende deutlich mehr. Eigene Mediengeräte im Kinderzimmer (TV, PC oder Spielkonsole) verdoppeln praktisch die Konsumzeiten. Diese Reizüberflutung schadet dem Gehirn von Kindern. Schon für 12-Jährige zugelassene Strategiespiele können eine Sucht auslösen. Egoshooterspiele verlangen reaktionsschnelles Abschiessen von virtuellen Gegnern. Stresshormone werden erhöht, was zu messbaren Veränderungen im Gehirn führt. Die Entwicklung geistiger, sprachlicher und körperlicher Fähigkeiten, emotionaler Empfindungen sowie psychosozialer Kompetenzen wird negativ beeinflusst.

Oft werden wir Praxispädiater mit Schulkindern konfrontiert, die gereizt und aggressiv sind und sich gegen alles wenden. Es fehlen ihnen Halt und eine Orientierung. Sie sind müde, passiv und einsam. Kinder beginnen, sich an Medien zu binden und verlieren ihre Beziehungsfähigkeiten. Zu den langfristigen Folgen gehören schulische Leistungseinbussen durch Konzentrationsstörungen, Motivationsverlust, Langeweile, Stressanfälligkeit und Aggressivität.

Sportliche oder musikalische Betätigung haben eine anregende Wirkung auf die geistige Leistungsfähigkeit, auf die Hirndurchblutung und die Vernetzung von Hirnzellen untereinander. Prägend für uns Menschen sind die psychosozialen Erfahrungen mit Bindungspersonen und der Umwelt, die die Neuronen in unserem Gehirn «verdrahten». Ein vielseitige

ges Freizeitverhalten vermittelt wichtige Lernerfahrungen und den Erwerb sozialer Kompetenzen.

Tipps: Bildschirmgeräte im Kinderzimmer im Primarschulalter vermeiden. Kein TV-Konsum bis zum Alter von drei Jahren, bis neun Jahre höchstens 45 Minuten pro Tag, Jugendliche nicht mehr als zwei

Stunden. Eltern sollten mit ihren Kindern das Programm studieren und das Gesehene auch diskutieren können.

Bei Games sollten Grundgeschichte und die wichtigsten Spielprinzipien bekannt sein, bevor das Spiel angeschafft wird. Und bei Primarschulkindern sollte die durchschnittliche tägliche Spielzeit

von 30 Minuten nicht überschritten werden. Klar vereinbarte Regeln über tägliche Computer-Spielzeiten sind notwendig und sinnvoll.

Dr. med. Cyril Lüdin, Praxispädiater FORUM, Spezialarzt für Kinder und Jugendliche, Schularzt in Muttenz

Tipps für den Arzttermin – Neuer Leitfaden für Patienten

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt hat zusammen mit der Medizinischen Gesellschaft Basel einen neuen Leitfaden «Tipps für einen Arzttermin» herausgegeben. Er soll die allgemeine Gesundheitskompetenz fördern.

Viele Patientinnen und Patienten haben das schon erlebt: Sie gehen nach einem Arzttermin nach Hause und merken, dass sie ihrem Arzt wichtige Informationen nicht gegeben haben. So werden beispielsweise Informationen über den kürzlich erlebten Sturz oder die selbst gekauften Medikamente vergessen.

Der neue Leitfaden «Tipps für einen Arzttermin» setzt hier an. Die Patientin und der Patient erhalten eine einfache, klar strukturierte Hilfe, um den Arztbesuch gut vorzubereiten. Der Leitfaden ist in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil hilft, die Beschwerden und Anliegen zu sammeln und zu kommunizieren. Der zweite Teil besteht aus einer Liste von Fragen, welche helfen soll, beim Arztbesuch keine zu vergessen.

Für den Arzt ist es sehr hilfreich, wenn die Patientinnen und Patienten sich gut vorbereiten und zum Beispiel ihre Symptome genau beschreiben können. Denn je besser vorbereitet man sich zum Arztbesuch begibt, desto leichter ist es für diesen, eine Diagnose zu stellen.

Die richtigen Fragen stellen

In der Praxis hat sich gezeigt, dass es für Patientinnen und Patienten nicht immer einfach ist, die richtigen Fragen zu stellen. Manchmal wird in der Aufregung nach einer Diagnose vergessen, wichtige Fragen zu stellen oder der Mut fehlt. Auch für diese Situation schafft der Leitfaden Abhilfe, denn der zweite Teil besteht aus einer Liste von Fragen. Die

Fragen fokussieren dabei darauf, dass die Patientinnen und Patienten die Diagnose und die Auswirkungen der Krankheit auch wirklich verstehen. Auch sollen die Patientinnen und Patienten ermutigt werden, nach alternativen Behandlungsmethoden zu fragen. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich oft sicherer, wenn sie alle Optionen, Risiken und Nebenwirkungen kennen und sich so für eine Behandlungsmöglichkeit entscheiden können. So wird der Dialog zwischen dem Arzt und dem Patienten gefördert und das Vertrauen in die Behandlung oder Therapie erhöht, was zu einem besseren Verlauf führt. Mit dem Leitfaden können auch die Angehörigen miteinbezogen werden und er weist die Patientinnen und Patienten darauf hin, den Arzt nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten zu fragen.

Breite Abstützung

Entstanden ist der Leitfaden in Zusammenarbeit mit der FMH, der Medizinischen Gesellschaft Basel, dem Schweizerischen Seniorenrat, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und der Pro Senectute beider Basel.

Jennifer Langloh von der Medizinischen Gesellschaft Basel meint zum Leitfaden: «Wir erachten den Leitfaden als ein wichtiges Instrument, damit sich die Patientinnen und Patienten optimal auf



ihren nächsten Arztbesuch vorbereiten können.»

Eva de Bruyn und Thomas Steffen, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt/Gesundheitsdienste

Bestellung

Der Leitfaden Tipps für den Arzttermin kann unter www.gesundheitsdienste.bs.ch oder www.seniorenbasel.ch heruntergeladen, bei der abteilung.praevention@bs.ch per E-Mail oder telefonisch unter der Nummer 061 267 45 20 bestellt werden.

Der MNZ-Notruf neu und nur für Patienten in Baselland

Ab Mai 2012 bietet die Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) neu auch im Kanton Baselland einen eigenen Hausnotruf an. Der MNZ Hausnotruf basiert auf einer medizinischen Betreuung und verbindet Menschen in jeder Situation per Knopfdruck direkt mit der ärztlichen Notrufzentrale.

Der neue MNZ-Hausnotruf ist ideal für Menschen im Alter, für Menschen, die alleine leben, und für Menschen mit einer Behinderung. Sie alle brauchen Sicherheit rund um die Uhr und im Notfall sofortige medizinische Beratung und oft auch ärztliche Hilfe. Das medizinische Fachpersonal der Notrufzentrale berät zu allen Fragen kompetent und vermittelt stets die adäquate Notfallhilfe (z.B. Haus- oder Notfallarzt). Dank dem MNZ-Hausnotruf kann oft auch auf den Einsatz der Sanität verzichtet werden. Und für kleinere Hilfeleistungen vor Ort setzt die MNZ umgehend die vom Abonnenten selbst definierten, privaten Kontaktpersonen aus der Nachbarschaft ein.

Die gemeinnützige Stiftung MNZ (Medizinische Notrufzentrale) betreibt seit bald 50 Jahren im Auftrag von Ärzten, Zahnärzten und Apotheken die offizielle 24-Stunden-Notrufzentrale für beide Basel unter der Nummer 061 261 15 15. **Nur die Notrufzentrale der MNZ hat rund um die Uhr direkten Zugang zu allen Haus-, Fach- und Notfallärzten und an-**



Unabhängig bleiben mit dem MNZ Hausnotruf

- Sicherheit zu Hause
- 24 Stunden am Tag – rund um die Uhr
- Kompetente medizinische Auskunft und Beratung
- Direkter Zugang zu Haus-, Zahn- und Notfallärzten/-innen und Notfallpraxen
- Schlüsseldepot und «Notruf-Mobil» für unterwegs
- Service und Wartung von unserem Partner Zihlmann

Für Baselland
Empfohlen von Hausärzten und Apotheken.

deren Notfalldiensten in unserer Region. Damit auch Hausnotruf-Kunden im Kanton Baselland davon profitieren können, lanciert die Stiftung MNZ für diese jetzt den MNZ-Hausnotruf. Die MNZ betreut zudem bereits seit über 20 Jahren sämtliche Hausnotruf-Kunden für das Rote Kreuz Basel-Stadt.

Das neue Angebot für Baselland kann direkt bei der Stiftung MNZ bestellt werden. Der

MNZ-Hausnotruf

macht es allen Menschen im Baselbiet möglich, sich lokal und von medizinisch geschultem Fachpersonal beraten und betreuen zu lassen. Der MNZ-Hausnotruf bietet Sicherheit und mehr Unabhängigkeit in den eigenen vier Wänden. Für die Installation der Geräte setzt der MNZ-Hausnotruf auf den regional bewährten Service der Firma Zihlmann.

Hausnotruf – kleiner Preis, grosse Leistung

Mehr Informationen, Anmeldeformulare und Preise für den MNZ-Hausnotruf sind unter der Nummer 061 261 15 15 oder www.mnzbasel.ch/hausnotruf rund um die Uhr erhältlich. Zum MNZ-Hausnotruf-Abonnement gehört ein Hausnotrufgerät mit integrierter Gegensprechanlage, ein Alarmknopf fürs Handgelenk sowie sämtliche medizinischen Beratungs- und Vermittlungsdienstleistungen durch die Medizinische Notrufzent-



rale. Und dies alles zum gleich günstigen Preis wie die Angebote von anderen Callcentern, welche meist keine medizinische Beratung bieten und nicht mit Haus- und Notfallärzten verknüpft sind. Bei der Stiftung MNZ kann zudem die **persönliche Patientenverfügung hinterlegt** werden; in Verbindung mit dem MNZ Hausnotruf oder unabhängig davon. Die Notrufzentrale übermittelt die Verfügung bei einem Notfall an die behandelnden Ärzte.

MNZ-Hausnotruf – mehr als nur ein Callcenter

Der Funksender am Handgelenk verbindet jederzeit direkt mit den Pflegefachpersonen der Notrufzentrale und über die leistungsstarke Gegensprechanlage ist die Kommunikation in jeder Situation gewährleistet. Ausserhalb der eigenen vier Wände bietet der Mobil-Notruf mehr Sicherheit: Handybesitzer können mit dieser Option die Hausnotruf-Dienstleistungen auch von unterwegs nutzen. Die Vermittlung der adäquaten Notfallhilfe kann im Ernstfall Leben retten und bei einem Notfall viel Geld sparen.



Weitere Infos

Mehr Informationen:
www.mnzbasel.ch/hausnotruf

→ Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse sucht den Dialog mit ihrer Leserschaft und freut sich über jede schriftliche Reaktion. Sie behält sich im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit vor, Leserbriefe zu redigieren bzw. zu kürzen und einen eigenen Titel zu setzen. Die Adresse für Leserbriefe: synapse@emh.ch

Von Politikern ernüchtert

Löblich, dass in der Synapse 2/12 verschiedene Meinungen zur geplanten Einheitskasse zur Sprache kommen. Ernüchternd einfach, was da Politiker von sich geben. Im Interview kann Herr de Courten wieder mal nichts anderes als antisozialistische Parolen von sich geben und ergiesst sich in unzusammenhängenden und substanzlosen Äusserungen über Staatsdoktrin und freie Wirtschaft. Mit allen Mitteln will er das freie Unternehmertum heilighalten. Der gleiche Redner setzt sich aber noch im selben Atemzug dafür ein, dass in der Schweiz zwangsweise Netzwerksysteme eingerichtet werden, welche die freie Arztwahl vernichten und eine Budgetmitverantwortung, sprich Leistungsbeschränkungen und -kürzungen, einführen. Das soll mir mal einer erklären! Solche Leute müssten uns in Bern vertreten ...

Dr. med. Dominique Müller, Praxispädiater, Reinach/BL
