



Synapse

Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft **Baselland** und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**

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



Leitartikel

MANAGED CARE: Was soll Vorrang haben: Condition humaine oder Geld?

Dr. med. Peter Kern, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Vorstandsmitglied der MedGes Basel

Wohl nirgends sonst prallen die verschiedenen Denkweisen von Ärzten und Ökonomen so hart aufeinander wie beim Thema Managed Care. Mit Managed Care (MC) sind Organisationssysteme gemeint, bei denen ökonomische Managementprinzipien auf die medizinische Versorgung angewandt werden. Das Gesundheitswesen soll dadurch kostengünstiger werden, dass medizinische und paramedizinische Leistungen einer ökonomischen Kontrolle unterstellt und das Inanspruchnahme-Verhalten der Patienten mit geeigneten Mitteln (z.B. Erhöhung des Selbstbehalts) eingegrenzt werden.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Die Urininkontinenz der Frau – ein Tabu ohne Ende? 4
- Helfen, wo die Medizin nicht helfen kann
«Hallo, mein Name ist Pilül»
Spitalclown Dr. Pilül erzählt von einem seiner Einsätze 6
- Huusglön – Hausbesuche der etwas anderen Art 7
- Zwischenbericht zum Gesundheitszentrum Riehen 8
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 10

Editorial

Politische Mitverantwortung Ja – Budgetmitverantwortung Nein!

Das Thema Managed Care beschäftigt Politik und Ärzteschaft schon lange. Nun scheinen die schlimmsten Befürchtungen wahr zu werden. Wir Ärzte sollen auch noch die ökonomische Verantwortung für die Behandlung unserer Patienten übernehmen. Schönrednerisch wird von «Budget-MIT-Verantwortung» gesprochen, und freiwillig soll sie auch noch sein. Nein danke, liebe Politiker, auch diese versüsste Version wollen wir nicht. Und die Patienten wollen sie auch nicht. Es ist schon Ausdruck absoluter Inkompetenz und Ratlosigkeit und entbehrt auch nicht eines gewissen Zynismus, wenn das letzte Fünkchen Hoffnung

auf nachhaltige Kostenkontrolle nun auch noch den Ärzten übertragen werden soll. Und wiederum sind es in erster Linie die Grundversorger, die freundlich zur «Mitverantwortung» herbeizitiert werden – wer denn sonst? Wir Grundversorger sind es ja, die in den Hausarztnetzwerken die Verantwortung tragen, ja genau! Und wir sind auch bereit dazu. Nur nicht so! Managed Care findet seit eh und je in jeder Grundversorgerpraxis statt. Es ist ein grosser Irrtum zu glauben, hier sei noch «viel Luft» drin und man müsse nur die Patientenströme endlich besser managen und die «Anreize» richtig setzen, um die Kosten zu bremsen. Nebst den im Leitartikel von Kollege Kern monierten ethischen und menschlich-schicksalhaf-

ten Aspekten ist es schlicht unmöglich, kranke Mitmenschen davon abzuhalten, all das für sich einsetzen zu lassen, wovon sie allabendlich im Fernsehen hören und sehen. Wieso sind sie denn versichert?

Wenn den Ärzten so viel Verantwortung überbürdet werden soll, wieso werden sie dann nicht diesem Gewicht entsprechend in die politische Entscheidungsfindung frühzeitig miteinbezogen? Antwort: Weil unsere eidgenössischen Räte von den Kassen dominiert werden. Namhafte Politikerinnen der Region haben schon auf diesen Umstand hingewiesen. Passiert ist nichts. Schade. Nicht nur schade – tragisch.

Dr. Lukas Wagner, Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Die bisherige Trennung in einerseits einen medizinischen Fachsektor, wo der Arzt in Absprache mit dem Patienten fachlich begründet entscheidet, und andererseits in den Finanzsektor, der von Politik und Krankenkassen betreut wird, wird zunehmend aufgehoben, weil das ökonomische Management die Entscheidungsmacht in medizinischen Fragen beansprucht und schon heute zunehmend übernimmt. Der einzelne Arzt muss immer häufiger seine Entscheide zur Bewilligung vorlegen. Die Kassen beschäftigen Vertrauensärzte, die diese Anträge zur Kostengutsprache zu prüfen haben. Ihrer Stellungnahme kommt jedoch nur beratende Bedeutung zu. Entschieden wird schon heute oft durch die Krankenkassenadministration, meist aufgrund von kasseninternen Manualen. Die frühere Macht der Ärzte, begründet durch ihr Fachwissen und -können, macht besonders in HMO-Modellen einer klaren Abhängigkeit von der Finanzmacht der Kassen Platz: Die Ärzte sind Angestellte, tragen Budgetmitverantwortung und unterstehen oft einem Bonus/Malus-System. Damit bekommen teure medizinische Behandlungen indirekt einen negativen Einfluss auf das Einkommen der angestellten Ärzte. Das bringt die Gefahr mit sich, dass solche Behandlungen unterbleiben.

Anders gesagt: Mit MC wird das Anreizsystem geändert:

Birgt das traditionelle System der Einzelleistungsbezahlung die Gefahr von Doppelspurigkeiten und Überversorgung, woraus einzelne Ärzte ungebührlich Profit ziehen, besteht beim System der Budgetmitverantwortung der Anreiz darin, durch unterlassene Leistungen bessere Budgetzahlen zu erreichen resp. der Malusstrafe zu entgehen. Das beinhaltet die Gefahr der Unterversorgung.

Wir Ärzte dürfen die Augen nicht davor verschliessen, dass das traditionelle Einzelleistungssystem eine Anzahl «schwarze Schafe» hervorbringt, die sich über die gerechtfertigte ärztliche Honorierung hinaus bereichern. Es ist logisch, dass wir uns da gefallen lassen müssen, dass das bisherige System von den Ökonomen unter die Lupe genommen wird.

Die – wie ich meine – grosse Gefahr des von Politik und Krankenkassen angestrebten Primats der Ökonomie ist aber umgekehrt, dass die ärztlichen Aspekte in der Einzelsituation jedes Patienten nicht mehr beachtet werden. Das Nebenprodukt dieses Systems sind nicht sich bereichernde «schwarze Ärzte-Schafe», sondern des finanziellen Schadens sich

erwehrende «Leistungsverminderer». Dieser Vorgang wird aber erschreckende Auswirkungen haben auf das grosse Vertrauen, das die Patienten bis jetzt in ihre Ärzte haben. Der Patient wird sich nämlich zunehmend fragen (müssen): Verweigert mir mein Arzt eine Leistung, weil sie wirklich nicht nötig ist oder weil er aus an sich legitimem Eigeninteresse dem Druck seiner Krankenkasse mehr Bedeutung zumisst als meinem Patientenbedarf?

Schon heute berichten mir Patienten, dass sich ihr Hausarzt sehr verändert habe, gehetzt und mürrisch auf ihre Anfragen und Bedürfnisse reagiere und die frühere positive Zugewandtheit verloren habe. Damit geht aber grosses heilendes Kapital verloren, das sich in Geld und Statistik nicht beziffern lässt.

Der Vertrauensverlust in das medizinische System scheint mir der grösste Kollateralschaden, den die rein ökonomische Verfahrensweise mit sich bringt. Alles muss offiziell belegt, beantragt, geprüft und bewilligt werden. So, als sei jeder Arzt nur aufs Betrügen aus. Da diese ökonomischen Kontrollaspekte neben den ärztlichen zunehmend Bedeutung gewinnen, wird dieselbe Misstrauens- und Kontrollkultur auch die Patientenseite ergreifen. Die Juridisierung der Medizin wird ihrer Ökonomisierung auf dem Fuss folgen!

Ein zusätzliches Störfeld im ganzen Bereich der Medizin ist, dass Krankenversicherungen keine patientenloyalen finanziellen Sachwalter mehr sind, die ihre Tätigkeit am gesundheitlichen und finanziellen Nutzen für den Patienten ausrichten, sondern gewinnorientierte privatwirtschaftliche Unternehmen im Status von Aktiengesellschaften, die möglichst viel Gewinn erwirtschaften müssen und wollen. Das muss finanziert sein! Dadurch wird die Tatsache erklärbar, dass der Prämienanstieg pro Jahr etwa doppelt so hoch ausfällt, als er nach den angefallenen Gesundheitskosten eigentlich müsste.

Gleichzeitig wird die Betreuungszeit für den Patienten wegen der administrativen Erfordernisse, denen der Arzt genügen muss, ständig verringert. Ein Vorgang, der in der stationären Krankenpflege schon länger die Betreuungsqualität be-

einträchtigt. Diese Schäden trägt der Patient still und leise, und sie erscheinen in keiner (Erfolgs-)Statistik.

Eine Medizin ohne ökonomische Gesichtspunkte ist vielleicht schlicht zu teuer. Eine Ökonomie ohne ärztliches Ethos ist aber sicher herzlos und den kranken Menschen verachtend! Der bei den Krankenkassen unbeliebteste Patient ist der chronisch kranke Mensch, weil er regelmässige Kosten verursacht ohne Aussicht auf Heilung (und damit ein Ende der Kosten). In der Ökonomie gibt es nicht, was eminent menschliche Lebensrealität ist: Dass es Lebensumstände gibt, wo Mensch der Ohnmacht unterworfen ist. Ärztliche Aufgabe und Anspruch ist es dann, den Menschen in seiner Ohnmacht zu stützen und zu begleiten. Das ist nicht ökonomisch, aber menschlich.

Es irritiert mein Rechtsempfinden daher sehr, dass von den Krankenkassen bezahlte Ärzte (seien es Vertrauensärzte oder MC-Ärzte) über Behandlungen entscheiden und deren Berechtigung oder Unnötigkeit prüfen sollen, wobei die Kassen dann auch noch letzte Entscheidungsgewalt haben. Von einer Prüfstelle ist finanzielle und ideelle Unabhängigkeit von Behandlern und Bezahlstelle zu fordern: Da es sich wie im gesamten Gesundheitswesen um Vorgänge im Dreieck Krankenkasse–Arzt–Patient handelt, sollte auch die Patientenseite in geeigneter Form Mitsprache üben können.



*Redaktion Synapse und
Schweizerischer Ärzteverlag EMH
wünschen Ihnen frohe Festtage
und ein gutes neues Jahr.*

Die Urininkontinenz der Frau – ein Tabu ohne Ende?



Dr. med. Jörg Humburg¹ und
PD Dr. med. Andreas Zeller²

Eine Urininkontinenz ist gemäss der ICS (International Continence Society) als jeglicher beklagter Urinverlust definiert. Die Schweizer Gesellschaft für Blasen Schwäche schätzt, dass in der Schweiz etwa 400 000 Männer und Frauen unter einer Urininkontinenz leiden, 75% davon sind Frauen. Diese Angaben beruhen auf Schätzungen, da für die Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern (Deutschland, England, USA, Italien u.a.m.) keine Prävalenzstudie vorliegt. Überträgt man die neuesten Daten zur Prävalenz der Urininkontinenz bei Frauen auf die Schweizer Wohnbevölkerung (gemäss den Angaben des Bundesamtes für Statistik für 2009), so liegen diese Zahlen bedeutend höher, nämlich zwischen 980 000 und 1 700 000. Trotzdem scheint die Urininkontinenz kein «hot topic» zu sein – oder fragen wir einfach zu wenig nach?

Gemäss einer neueren Untersuchung wollten nur 38% der betroffenen Frauen, die unter einer Urininkontinenz litten, diese auch behandeln lassen, und die meisten haben über ein Jahr damit zugewartet. Viele verschiedene Gründe scheinen hier eine Rolle zu spielen, so zum Beispiel die Vorstellung, dass eine Urininkontinenz eine normale Alterserscheinung und nicht wichtig sei. Tiefe Erwartungshaltungen der Patientin gegenüber den gängigen Therapien oder die Vorstellung, das Problem der Blasen Schwäche selber lösen zu können wie auch Schamgefühle sind weitere Gründe. Eher erstaunlich ist die Tatsache einer fehlenden Nachfrage nach einer Urininkontinenz durch den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin. Eine andere Studie, die sich mit der Haltung von Ärzten zur Abklärung und der Behandlung einer Urininkontinenz beschäftigte, zeigte Erstaunliches. Nur etwas über 50% der Patientinnen erhielten eine Therapieempfehlung, Abklärung oder wurden an

den Spezialisten weiterverwiesen. Dies ist bedauerlich, da Untersuchungen zeigen, dass Hausärzte durch konservative Therapien 60 bis 70% der betroffenen Frauen erfolgreich behandeln können. Es wird geschätzt, dass zwischen 25 und 45% der Frauen unter einer Urininkontinenz leiden. Bei der Urininkontinenz werden zwei Hauptformen unterschieden:

1. die *Belastungsinkontinenz*, also diejenige Inkontinenz, die bei Belastung, also Husten, Niesen, Heben von Lasten oder beim Abwärtslaufen, auftritt;
2. die *hyperaktive Blase*, die definiert ist durch einen imperativen Harndrang, eine Pollakisurie und eine Nykturie; ein eigentlicher Urinverlust muss nicht auftreten. Die Prävalenz der hyperaktiven Blase nimmt im Alter zu, im Gegensatz zur Belastungsinkontinenz, deren Auftreten im Alter abnimmt.

Die zeitlich aufwendigen, kostenintensiven, teilweise invasiven und im Setting einer alltäglichen Praxis nicht sinnvoll durchführbaren Abklärungen sind im Rahmen einer Erstlinientherapie nicht notwendig, sondern können auf wenige wichtige Punkte reduziert werden. Eine kurze Anamnese, der Ausschluss eines Infektes, eine Resturinbestimmung und das Führen eines Miktionskalenders, der auch eine Abschätzung des Therapieerfolges ermöglicht, sind für den klinischen Alltag ausreichend.

Für die beiden Hauptformen Belastungsinkontinenz und hyperaktive Blase, aber auch für deren Mischformen, gibt es wirksame therapeutische Massnahmen, die in erster Linie ein konservatives Management beinhalten. Eine Beckenbodengymnastik unter physiotherapeutischer Anleitung ist Mittel der Wahl bei der Belastungsinkontinenz; erst nach ihrem Versagen sind Inkontinenzengriffe indiziert. Verhaltensmedizinische Massnahmen wie die Aufklärung über das richtige Trinkverhalten (richtige Menge zur rechten Zeit), die Vermeidung von Reizstoffen (Koffein u.a.), ein Blasentraining (Blasenentleerung alle 1 bis 3 Stunden, Intervall langsam in Schritten von 15 bis 30 Minuten verlängern) und Techniken zur Drangunterdrückung («Panikgefühl» unterdrücken, Beckenboden anspannen, ruhiges Atmen, langsam auf die Toilette gehen) sind erwiesenermas-

sen wirksam in der Behandlung der hyperaktiven Blase. Diese Massnahmen können mit einer Anticholinergikatherapie unterstützt werden.

Sollten diese Massnahmen scheitern oder liegt eine komplexe Form einer Urininkontinenz vor, zum Beispiel kombiniert mit Schmerzen oder einer unklaren Hämaturie, ist eine Überweisung an den Spezialisten sinnvoll.

Das Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel und die Frauenklinik des Universitätsspitals Basel führen in den nächsten Wochen gemeinsam eine Fragebogenaktion durch, deren Ziel und Zweck es ist, den Stellenwert der Urininkontinenz bei Frauen im hausärztlichen Alltag zu evaluieren. Allen Hausärzten und Hausärztinnen der Region wird in Kürze ein Fragebogen zugestellt werden, und wir möchten Sie höflich einladen, uns bei der Erfassung der fehlenden Daten zum Management der Urininkontinenz in der Hausarztpraxis zu unterstützen. Die Studienleiter Dr. med. Jörg Humburg (Frauenklinik, Universitätsspital Basel) und PD Dr. med. Andreas Zeller (Institut für Hausarztmedizin Basel) würden sich über eine lebhaftige Teilnahme Ihrerseits sehr freuen. Bereits zu diesem Zeitpunkt möchten wir uns für Ihre Bemühungen herzlich bedanken. Die gewonnenen Erkenntnisse werden im Rahmen einer Fortbildung (geplant im 2. Halbjahr 2011) präsentiert werden und sollen erlauben, unsere Patientinnen mit Urininkontinenz noch besser zu betreuen.

Korrespondenz:
Dr. med. Jörg Humburg

Literatur

1. Kuhn A. Ther Umsch. Urininkontinenz. 2010 Jan;67(1):19–21 (*gute Zusammenfassung für die Praxis auf Deutsch*).
2. Nygaard I. Clinical practice. Idiopathic Urgency Urinary Incontinence. N Engl J Med. 2010 Sep 16;363(12):1156–62 (*konziser Überblick hinsichtlich hyperaktiver Blase*).
3. Abrams P. Fourth International Consultation on Incontinence, Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. Neurology and Urodynamics 29:213–240 (2010) (*ausführliche Guidelines*).

¹ Frauenklinik Universitätsspital Basel und Blasenzentrum Nordwestschweiz. E-Mail: jhumburg@uhbs.ch

² Institut für Hausarztmedizin Basel, Praxis Hammer. E-Mail: zellera@uhbs.ch

Helfen, wo die Medizin nicht helfen kann

«Hallo, mein Name ist Pilül»

Spitalclown Dr. Pilül erzählt von einem seiner Einsätze

Othmar Bamert, Stiftung Theodora

Die Spitalclowns der Stiftung Theodora sind seit bald zwei Jahrzehnten in den Spitälern unterwegs; im Dienst von ganz grundlegenden Werten: den hospitalisierten Kindern Lachen und Lebensfreude schenken. Und manchmal schaffen sie mit einfachen Mitteln noch einiges mehr: Zugang zu bisher fremden Welten, zu ungeahntem Potential. Einblick in eine Visite.



Foto und Copyright: Magali Girardin

«Seit 14 Jahren engagiere ich mich in der Deutsch- und Westschweiz als Artist für die Stiftung Theodora und habe das Vergnügen, den Kindern Momente der Unbeschwertheit und zuweilen ein überaus ansteckendes Lächeln verabreichen zu dürfen. Meine Erfahrung aus einer Institution für Kinder mit Behinderung möchte ich an dieser Stelle gerne mit Ihnen teilen. Eine vorwiegend unbekannte Welt, in der gelernt werden muss, sich Zeit zu nehmen, um Verständnis entwickeln zu können.

Sind wir mit Menschen, erwarten wir vom Gegenüber normalerweise unmittelbar eine klare Antwort. Im Heim Clair Bois in Chambésy im Kanton Genf, einer Institution für behinderte Kinder, funktioniert dieses System nicht. Wie sich ein Bild machen, ohne Worte? Eine Bewegung des Kopfes, eine Geste des Armes, ein Anheben der Augenbrauen, ein Ton oder nur ein Blick ... Ja, da habe ich eine Antwort! Doch bedeutet es ein Ja oder ein Nein? Wie leicht wird ein Mensch mit Behinderungen falsch und zu seinen Ungunsten beurteilt! Ein Kind, das apathisch in seinem Bett liegen bleibt, verspürt möglicherweise einfach keine Lust, sich anzustrengen, um verstanden zu werden. Wenn ich mich ihm wie einem Kleinkind nähere, es aber den Verstand eines 12-Jährigen besitzt, gebe ich

ihm keine Möglichkeit, Interesse für mich zu entwickeln.

«Ein herzliches Lachen, wenn ihn die Freude packt!»

Vor ungefähr fünf Jahren lernte ich Antoine* kennen. Er wurde nach einem schweren Unfall ins Heim eingewiesen. Ein sehr liebenswürdiger Knabe, acht Jahre alt und gelähmt. Meiner Ansicht nach versteht er sein Umfeld sehr wohl. Seine bescheidenen Kommunikationsmöglichkeiten beschränken sich auf seine Augen, ein leises Stöhnen ab und zu, und ja, da ist ein herzliches Lachen, das er uns schenkt, wenn ihn die Freude packt! Manchmal glitzert eine grosse Träne auf seiner Wange und zeugt von seiner selbsterkannten Unbeholfenheit.

Antoine und ich haben ein Spiel entwickelt: Ich stelle mich in seine Nähe, um gut in seine Augen blicken zu können. Er aber schaut absichtlich woanders hin, damit ich nur suchend seinem Blick begegnen kann. Wenn ich den Ort finde, den er fixiert hat, habe ich gewonnen! Dann belle ich wie ein glückliches Hündchen, und Antoine lacht. Nicht selten überrascht ihn während des Spiels eine Krise, und sein Blick verliert sich in der Weite. Darauf bellt das Hündchen, ruft seinen Herrn, und so kehrt langsam sein Bewusstsein zurück. Oder: Er liebt grosse Seifenblasen! Diese schweben leicht und bunt schimmernd an uns vorbei, worauf ich so stark wie möglich puste, um sie gleich wieder zum Platzen zu bringen! Dies tue ich mit der Schadenfreude eines Kindes, das sein eigenes Sand Schloss mit dem Fuss zertritt, woran Antoine offenkundig grosse Freude hat.

Antoine versteckt seine Gefühle nicht, und manchmal kommt es vor, dass mir die ihm vertrauten Personen von seinem Kummer erzählen. Oft höre ich dann, dass es heute sicherlich schwierig sein werde, ihn fröhlich zu stimmen. Doch kaum hört Antoine die mich begleitenden typischen Geräusche, erscheint ein kleines Lächeln auf seinem Gesicht. Ein grossartiges Geschenk!

Dank grossem Vertrauen in unsere Arbeit und einer hervorragenden Zusammenarbeit mit den Spitälern und Heimen sind solche Lichtblicke möglich. Aber auch nur dank grosser Solidarität und finanzieller Unterstützung unserer Spenderinnen und Spender.»

«Die Clowns öffnen Tore»

Ob ein einfaches Spiel mit den Augen oder eine träumerische Reise mit den Kindern zum imaginären Nordpol – die Arbeit der Spitalclowns wirkt auf eigene, eigentümliche Weise – und wird auch von Ärzten und Pflegenden sehr geschätzt. Prof. Dr. med. Urs B. Schaad, Ärztlicher Direktor des UKBB, lobt: «Die Spitalclowns leisten einen bedeutenden Beitrag. Es ist ein wichtiges Medikament, das wirkt, aber keine Nebenwirkungen hat.» Und Marianne Loup, Direktorin der Stiftung La Violette in Lausanne, einer Institution für psychisch behinderte Kinder, sieht in den Clowns wichtige Vermittler zwischen Kindern und Erwachsenen: «Sie öffnen Tore. Zuerst nur bei den Kindern. Später auch zwischen den Kindern und den Erziehern. Dies ermöglicht uns, ungeahntes Potential bei den Kindern zu entdecken.»



Die Stiftung Theodora hat sich seit ihrer Gründung 1993 am Universitätsklinikum in Lausanne (CHUV) rasch entwickelt. 2010 bringen schweizweit 52 Spitalclowns in 35 Spitälern und 12 spezialisierten Institutionen bei rund 84 000 Besuchen den kleinen Patienten Freude und Lachen. Theodora ist in sieben weiteren Ländern aktiv. Die Stiftung bietet drei Programme an: Die Spitalclowns helfen den kleinen Patienten in der schwierigen Zeit des Spitalaufenthalts, *Herr und Frau Traum* kümmern sich dabei speziell um behinderte Kinder, und *Professor Nutrus und die Spitalclowns beim Picknick* lehren die Kinder auf spielerische Weise, sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Die Clowns bleiben spielerisch und handeln nicht als Therapeuten. Im Zentrum stehen elementarste Werte: die Vermittlung der Freude und des Lachens an die Kinder – und die Angehörigen. So schrieb kürzlich eine Mutter: «Beim Besuch der Spitalclowns haben wir das erste Mal seit langem wieder zusammen gelacht.»

Weitere Informationen:
www.theodora.ch

Spendenkonten:
Postkonto 10-61645-5 oder
UBS 243-GO.549.454.0

Huusglön – Hausbesuche der etwas anderen Art

Thomas Gierl, EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Nicht nur im Krankenhaus können Clowns Lachen spenden, wo es oft nicht viel zu lachen gibt. Auch in den eigenen vier Wänden freuen sich Menschen, die das Haus meist nicht aus eigener Kraft verlassen können, über eine heitere Abwechslung und ein offenes Ohr. Der Verein «Huusglön» organisiert in der Schweiz Clownbesuche für kranke und behinderte Menschen aller Altersstufen, um ihnen etwas Fröhlichkeit zu bringen.



Der 16-jährige Florian hat Freude am gemeinsamen Trommelspiel mit Clothilde Pfiff und Circolina.

Humor hilft, Leiden zu lindern. Seit der legendäre Arzt und Clown Patch Adams vor rund 40 Jahren die ebenso einfache wie revolutionäre Idee der Clownbesuche im Krankenhaus begründet hat, ist diese heute in vielen Kliniken weltweit zur gelebten und von den meist kleinen Patientinnen und Patienten geliebten Praxis geworden. In der Schweiz hat sich die «Stiftung Theodora» dieser Idee angenommen und sie erfolgreich umgesetzt, wie der nebenstehende Artikel eindrucksvoll zeigt.

Die «Huusglön» besuchen Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen zu Hause.

Lachen ist die beste Medizin, auch oder gerade dann, wenn die Medizin nicht helfen kann. Und genauso, wie es neben dem Klinikarzt auch den Hausarzt geben muss, braucht es neben dem Klinikclown auch den Hausclown. Diese folgerichtige Überlegung brachte Vereinspräsidentin Silvia Rindlisbacher darauf, den «Trägerverein Huusglön» zu gründen. Die «Huusglön» besuchen seit nunmehr fast vier Jahren Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zu Hause, um ihnen einen fröhlichen Farbtupfer in den Alltag zu bringen.

Die Besuchten und auch ihre Angehörigen geniessen diese Momente der Unbeschwertheit, wenn ihnen die Clowns einen Besuch abstatten, um eine Welle von einfühlbarer Heiterkeit durch Haus und Wohnung zu spülen.

Mittlerweile sind über 20 Clowninnen und Clowns in der deutschen Schweiz für die «Huusglön» tätig. In speziellen Schulungen werden sie auf ihren Einsatz vorbereitet, regelmässige Weiterbildungen gehören zum Programm. Die Besuche erfordern hohe Sensibilität und müssen im Vorfeld mit den Angehörigen gründlich besprochen werden. Nach jedem Auftritt wird ein Besuchsprotokoll verfasst, das die Grundlage für Folgebesuche bildet und zur internen Qualitätssicherung durch den Verein ausgewertet wird. Der Trägerverein koordiniert die Clownbesuche, organisiert die Schulungen und kümmert sich um die Finanzen. Eine grosse Arbeit, die von der Vereinsleitung ehrenamtlich übernommen wird. Die Besuche sind für die Besuchten kostenfrei, der Verein finanziert sich aus Spenden und Sponsoringeinnahmen. Die Clowns selbst erhalten für die Besuche eine Aufwandsentschädigung.

Mit Patch Adams in Russland

Silvia Rindlisbacher, Frau eines Hausarztes und bis zu ihrer frühzeitigen Pensionierung in diesem Jahr als Sozialarbeiterin tätig, kennt Patch Adams persönlich. Zusammen mit dem «Vater aller Klinikclowns» und weiteren Clowns aus aller Welt besuchte sie Kinderspitäler, Waisenhäuser und Familien mit schwerkranken Kindern in Russland, um dort Heiterkeit und Trost zu spenden. Keine Frage, dass Patch Adams zu den Patronatsmitgliedern gehört, die die «Huusglön» unterstützen. In Russland hat Silvia Rindlisbacher erschütterndes Elend hautnah kennengelernt, aber auch gesehen, welche grosse Wirkung kleine Gesten haben können. Und wie so oft, muss man nicht in ferne Länder reisen, um Not zu finden. Auch vor der eigenen Haustür gibt es genügend Bedarf, Engagement zu zeigen. Gemeinsam mit ihren Mitstreiterinnen und Mitstreitern hat sie ein Projekt ins Leben gerufen, dessen Eigendynamik den Verein auch heute noch überrascht. Der grosse Erfolg und die daraus resultierende Nachfrage lassen die Organisation mit ihren ehrenamtlichen Strukturen stets aufs Neue an Kapazitätsgrenzen stossen. Um eine haupt-

*Name geändert.



Der geistig behinderte Hans unternimmt an seinem 45. Geburtstag mit Heidi und Pablo einen Kletterausflug in seiner Stube.

berufliche Stelle zur administrativen Unterstützung zu schaffen, fehlt es bislang noch an finanziellen Mitteln. Aber, so hoffen die «Huusglön», je mehr die Öffentlichkeit über ihre Arbeit informiert wird, desto mehr Förderung werden sie dafür erfahren. Möge dieser Artikel dazu beitragen.

Huusglön
Besuche mit Humor und Herz

Das Projekt «Huusglön» wurde Anfang 2007 gegründet. Die Idee fand schnell begeisterten Anklang. Mittlerweile besuchen über 20 Clowns aus verschiedenen Regionen der Schweiz Menschen aller Altersstufen.

Die Clowns arbeiten vorwiegend in sozialen, medizinischen, pflegerischen, pädagogischen oder künstlerischen Berufen. Sie verfolgen keine therapeutischen Ziele, sondern helfen, im Alltag Heiterkeit zu finden. Respekt und Rücksichtnahme sind dabei oberstes Gebot. Die «Huusglön» sind Mitglied der Organisation «HumorCare – Gesellschaft zur Förderung von Humor in Therapie, Pflege und Beratung», deren Richtlinien für sie verbindlich sind (www.humorcare.ch). Um die Qualität der Arbeit sicherzustellen, nehmen die Clowns regelmässig an internen und externen Weiterbildungen teil.

Weitere Informationen:
www.huusglön.ch

Spendenkonto:
Trägerverein Huusglön
Silvia Rindlisbacher
Raiffeisenbank, 4104 Oberwil
Konto 40-5034-4
IBAN CH 18 8077 4000 0019 5496 3

Zwischenbericht zum Gesundheitszentrum Riehen

Sicht eines Hausarztes aus Riehen

Dr. med. Pierre Périat

Vorgeschichte

Jahrzehntlang arbeiteten die Hausärzte Riehens mit dem Gemeindespital Riehen (GSR) zusammen, sie funktionierten als Zuweiser, besuchten die dortigen Fortbildungen, besprachen konsiliarisch Röntgenbilder – kurz, sie nutzten das Angebot des geographisch nächsten Spitals. Wesentliche Pluspunkte waren die unkomplizierte Erreichbarkeit der Ansprechpartner, speziell in dringenden Fällen, und die guten Leistungen. Die Dienstleistungen bestanden in einer Walk-in-Praxis tagsüber, geführt von einem Spitalarzt des GSR. Ausserhalb der Bürozeiten war sie durch den Tagesarzt des GSR betreut, Ober- und Chefärzte des GSR waren als Supervisoren 24 Stunden am Tag erreichbar. Das Spital betrieb eine internistische, eine chirurgische und eine orthopädische Akutabteilung sowie eine geriatrische und eine Langzeit-Pflegestation. Daneben führte jede Abteilung auch eine ambulante Sprechstunde. Die Auslastung war sehr gut. Dennoch kam es jedes Jahr zu einem Defizit von bis zu 10 Millionen Franken. Dieses wurde jeweils von der Gemeinde als Betreiberin gedeckt, da der Kanton anderenfalls die Schliessung des Spitals verfügt hätte. Das Spital gehört der Diakonissenanstalt in Riehen. Die Gemeinde war mit einem 30-jährigen Mietvertrag gebunden.

Der Konflikt

Im Herbst 2008 stand die Verlängerung des 30-jährigen Mietvertrags auf der Traktandenliste von Riehens Einwohnerrat (Legislativ). Er fällte keine Entscheidung und übertrug die Entscheidung dem Gemeinderat (Exekutive). Dieser beschloss im Januar 2009 die Kündigung des auslaufenden Vertrags und teilte der Öffentlichkeit und den Angestellten des Spitals über das Radio und die Tageszeitungen die Schliessung des Spitals auf Ende 2009 mit. Aufschrei und lautstarker Protest der Bevölkerung Riehens quer durch alle Parteien und beim Personal des GSR waren die Folge. Es kam zu Demonstrationen. Gegenüber diesen Unmutsäusserungen agierten der Gemeinderat und Regierungsrat Conti äusserst ungeschickt. Weder Gemeinderat noch Regierungsrat hatten eine Ahnung, wie der Notfalldienst in Riehen überhaupt organisiert ist und welche Rolle darin das GSR für die Bevölkerung spielt. Unwahrheiten wurden öffentlich geäussert. Das Volk fühlte sich verschaukelt. Jetzt solidarisierten sich die Riehener Hausärzte mit den Protestierenden. Die SVP lancierte eine Initiative zur Erhaltung des Spitals. Diese wurde knapp abgelehnt. Wahlen waren in Sicht. Zur Besänftigung der Befürworter des GSR suchte der Gemeinderat einen externen Betreiber. Er fand die Stiftung Meconex, eine von der Sympany unterstützte Managed-Care-Organisation. Sie brachte die Idee des Gesundheitszentrums (GZR) auf, war aber nur bereit, eine Walk-in-Praxis und einige paramedizinische Angebote selber zu betreiben. Besetzt wurde die Stelle mit einem von Meconex angestellten, also nicht selbständig tätigen Hausarzt. Um die Attraktivität des GZR zu erhöhen, suchte man ohne Bedarfsabklärungen nach Spezialärzten und weiteren

paramedizinischen Diensten. Ahnungslosigkeit oder bewusst in Kauf genommene Mengenausweitung der Meconex? Blieb noch der Nachtdienst, den der Gemeinderat zur Besänftigung der Befürworter des GSR ebenfalls erhalten wollte. Der Gemeinderat versprach jedem Arzt, der im GZR ab 22 Uhr übernachten wollte, pro Nacht 500 Franken, wenn er bereit war, für die Behandlung eines Walk-in-Patienten pro drei Nächte (Walk-in-Daten des alten GSR der letzten 10 Jahre ab 22 Uhr) präsent zu sein. Die Hausärzte fanden diese Geldausgabe unnötig, da die Hausärzte in Riehen seit jeher einen 24-Stunden-Notfalldienst betreiben – ohne spezielle Entschädigung der Gemeinde. Im Gegenzug schlugen die Hausärzte einen Walk-in-Dienst des jeweiligen hausärztlichen Tagesarztes in seiner eigenen Praxis bis 22 Uhr vor, danach wie bisher einen Pikettdienst von zu Hause aus. Das genügte dem Gemeinderat nicht. Er wollte unbedingt am Standort des Notfalldienstes und des Notfallarztes im GZR festhalten. Nach der Absage der Hausärzte wandte sich der Gemeinderat an das Universitätsspital Basel (USB). Der Chefarzt der Notfallstation, Prof. Bingisser, übernahm die Aufgabe und schickte erfahrene und weniger erfahrene Spitalärzte zum Schlafen nach Riehen.

paramedizinischen Diensten. Ahnungslosigkeit oder bewusst in Kauf genommene Mengenausweitung der Meconex?

Blieb noch der Nachtdienst, den der Gemeinderat zur Besänftigung der Befürworter des GSR ebenfalls erhalten wollte. Der Gemeinderat versprach jedem Arzt, der im GZR ab 22 Uhr übernachten wollte, pro Nacht 500 Franken, wenn er bereit war, für die Behandlung eines Walk-in-Patienten pro drei Nächte (Walk-in-Daten des alten GSR der letzten 10 Jahre ab 22 Uhr) präsent zu sein. Die Hausärzte fanden diese Geldausgabe unnötig, da die Hausärzte in Riehen seit jeher einen 24-Stunden-Notfalldienst betreiben – ohne spezielle Entschädigung der Gemeinde. Im Gegenzug schlugen die Hausärzte einen Walk-in-Dienst des jeweiligen hausärztlichen Tagesarztes in seiner eigenen Praxis bis 22 Uhr vor, danach wie bisher einen Pikettdienst von zu Hause aus. Das genügte dem Gemeinderat nicht. Er wollte unbedingt am Standort des Notfalldienstes und des Notfallarztes im GZR festhalten. Nach der Absage der Hausärzte wandte sich der Gemeinderat an das Universitätsspital Basel (USB). Der Chefarzt der Notfallstation, Prof. Bingisser, übernahm die Aufgabe und schickte erfahrene und weniger erfahrene Spitalärzte zum Schlafen nach Riehen.

Verlauf

Bald bestätigten sich die von den Hausärzten vorausgesagten schlechten Besucherzahlen, speziell in den Spezialsprechstunden, aber auch nachts. Einzig die Gynäkologie scheint im ersten Monat zufrieden zu sein. Nebenbei: Wie kam die Gy-

näkologin wohl trotz Praxisstopp für Spezialärzte zu ihrer Praxisbewilligung? Riehens knapp 20 000 Einwohner haben bereits zwei praktizierende Gynäkologen. Trotz ausgedehnter PR in der Öffentlichkeit (wer kann sich das leisten?), wiederholten Aufrufen um Unterstützung durch die Hausärzte kam das GZR nicht auf die gewünschten Touren. Dafür musste ein Sündenbock her: Gemeinderat und Meconex beklagten sich bitter, die *Hausärzte* würden das Projekt *boykottieren*. Davon war keine Rede. Aber wieso sollten Hausärzte ein Projekt unterstützen, das sie nicht brauchen können, weil die administrativen Wege zu umständlich und viele Leistungserbringer die meiste Zeit nicht erreichbar sind? So funktioniert der Markt! Die Leistungen des alten GSR, die die Hausärzte gerne benutzten, das Ambulatorium, die Spezialsprechstunden und die Bettenstationen, waren ohne die entlassenen leitenden Ärzte für die Hausärzte nicht mehr interessant, da das neue GZR nicht mehr zu bieten hatte als die Hausärzte selber mit ihrem eigenen bestehenden Netzwerk an Leistungsanbietern.

Ist-Zustand

Das alte GSR ist Vergangenheit. Im ehemaligen Spitalteil führt das Adulam-Spital erfolgreich eine geriatrische Abteilung. Statt des Ambulatoriums des GSR führt die Meconex im GZR eine hausärztliche Walk-

in-Praxis; die dort angestellten Ärzte sind nicht selbständige Unternehmer. Sie sind (noch) nicht integriert in den Notfalldienst der Gemeinde.

Die Spezialsprechstunden ziehen sich langsam, aber stetig zurück.

Der ärztliche Nachtdienst im ehemaligen Spital ist aufgehoben.

Der 24-Stunden-Notfalldienst der Hausärzte bleibt wie eh und je. Neu gibt es in Riehen eine Pikettentschädigung für die diensttuenden Hausärzte. Als Vorbilder dienten die Stadt Basel und der Kanton Uri.

Konklusionen

Der Entscheid, das GSR zu schliessen, stand dem Gemeinderat zu. Aber die Kommunikation seines Entscheids an Bevölkerung und Personal des GSR war katastrophal, die Wissenslücken um die Organisation des Notfalldienstes der Gemeinde waren es ebenfalls. Die anschliessenden Auftritte des Gemeinderats und von Regierungsrat Carlo Conti in der Öffentlichkeit waren deshalb schlecht. Danach war das Verhalten der Politik geprägt von verzweifelten Hüftschüssen, um das Gesicht zu wahren und aus der verfahrenen Situation herauszukommen. «Der grösste Feind des Arztes ist das eigene Brett vor dem Kopf – mit dem musst du jederzeit rechnen.» Dieser Ratschlag, den mir ein medizinischer Lehrer mitgegeben hat, gilt offenbar auch für Politiker und Verwaltungsangestellte.

Die angegebenen Ziele der Meconex, mittels integrierter Netzwerke «beste Medizin zu finanziell tragbaren Bedingungen anzubieten», sind hehr. Aber – das machen die selbständigen Hausärzte ja schon lange. Ob die Ziele aber mit angestellten und jederzeit im Netzwerk austauschbaren Ärzten besser erreicht werden als mit selbständig erwerbenden, scheint mir fraglich. Schliesslich kosten die Ökonomen des Netzwerks auch Geld – und was «beste» Medizin ist, ist (noch) nicht definiert und somit nicht messbar.

Ob das GZR mit mehr als einer Walk-in-Praxis durchhält oder nicht, bleibt abzuwarten. Aber es geht im Gesundheitswesen schon lange nicht mehr um die Kosten, sondern um die Macht. Der Ärzteschaft geht es um die adäquate Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen – sie lebt davon. Den Ökonomen geht es darum, Kosten zu sparen, wo und wie es geht – davon leben sie. Wem sollen die Politiker glauben? Sie wollen ja wiedergewählt werden – davon leben sie. Es *braucht* die Entscheide der Politik im Gesundheitswesen. Aber ohne Fachbeirat von Leistungserbringern, medizinischen *und* ökonomischen, kommt keine befriedigende Lösung zustande. Und schon gar nicht eine billigere bei gleicher Leistung für die gesamte Bevölkerung.

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

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

Gemeinsame Notfallpraxis am Unispital Basel

Die Entwicklung der GNP sowie die Eröffnung weiterer Notfallpraxen in Basel-Stadt veranlassen die Betreiber der Notfallpraxis, deren Profil weiterzuentwickeln, hin zu einer klareren Positionierung in der Notfallversorgung BS. Hierbei wird aktuell ein neuer Name gesucht, der diesem Profil und dem Gesamtkonzept besser Rechnung trägt bzw. für den «Kunden» plausibler (und damit marktfähiger) ist.

Notfallpraxis in den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz

Inzwischen haben sich die betreffenden Notfalldienstkreise um das KS Liestal zusammengeschlossen und sich für den Dienst in «ihrem» Kantonsspital gerüstet. Wenn auch Fragen wie diejenigen der Abgeltung nicht zur vollen Zufriedenheit aller gelöst werden konnten, so ist diese für Baselland neue Institution mittlerweile doch gut abgestützt. Auch mit dem Bruderholzspital werden weiterhin Gespräche geführt und verschiedene Optionen diskutiert.

Notfallpraxis am «neuen» Kinderspital (UKBB)

An ihrer GV vom November 2010 haben sich auch die Praxispädiater klar für die geplante gemeinsame Notfallpraxis im Neubau des UKBB ausgesprochen. Gleichzeitig wurden auch rechtliche und finanzielle Fragen geklärt. In der Diskussion wurde deutlich, dass

viele Kolleginnen und Kollegen in einer gemeinsam betriebenen Notfallpraxis für beide (Praktiker und Spital) eine Chance sehen, die genutzt werden sollte.

Projekt Privatarif der Haus- bzw. Kinderärzte

Auf die Umfrage der VHBB haben rund 80 Kolleginnen und Kollegen geantwortet. Erwartungsgemäss ist das Abrechnungsverhalten ausserhalb (und auch innerhalb!) des KVG-Sozialtarifs stark divergierend. Einige Kolleg(inn)en haben für eigene Abrechnungspositionen auch detaillierte Begründungen mitgeliefert, welche zu einem kleinen Teil rechtlich nicht weiter haltbar sind, zu einem grossen Teil aber gut verwendet werden können. Wie berichtet, sollen die Arbeiten an der Matrix zur Berechnung eines individuellen Privatarifs bis zur Generalversammlung der VHBB abgeschlossen sein und dort präsentiert werden können.

Managed Care (MC) – Integrierte Versorgung

Der Vorstand der VHBB ist – wie in der Synapse 4/10 erwähnt – der aktuell im Bundesparlament beratenen MC-Vorlage gegenüber sehr skeptisch eingestellt. Viele Fragen sind offen, die Einflussnahme der Versicherer nur wenig kalkulierbar. Die Delegiertenversammlung von Hausärzte Schweiz demgegenüber hat sich mit deutlichem Mehr hinter die Strategie des Vorstandes gestellt, die Vorlage prinzipiell zu unterstützen, und hofft dabei, dass einzelne Punkte im Rahmen der Differenzvereinbarung in den Räten noch korrigiert werden.

Initiative «Ja zur Hausarztmedizin»

Angesichts des standespolitisch hohen Stellenwerts der «Hausarztinitiative» hat die Delegiertenversammlung von Hausärzte Schweiz beschlossen, pro Mitglied 50 Franken beizusteuern. Für die Initiative ist dies ein nicht unbedeutender Beitrag, vermag aber die notwendigen Anstrengungen bei weitem nicht abzugelten. Der Initiativverein ist ebenfalls aktiv bei der Akquisition von Geldmitteln, wie z.B. anlässlich der IFAS in Zürich festzustellen war.

VHBB-Herbstbummel

Am 28. Oktober fand der VHBB-Herbstbummel seine zweite Auflage. Unter kundiger Führung von Jürg Jutzi wanderte ein diesmal etwas kleinerer Trupp bei grösstenteils sonnigem Herbstwetter über die Hochebene und das Naturschutzgebiet des Murenbergs an uralten Eichen vorbei zum Schloss Wildenstein, wo einheimischer Wein und Zwiebrätlchen aufgetischt wurden. Rechtzeitig stieg man an Kuhweiden vorbei wieder ins Tal hinunter. Wiederum ein gelungener Anlass, einmal ausserhalb von Praxis, Spital und Kongresshallen.

VHBB-Generalversammlung 2011

Donnerstag, 3. März 2011, 14.00 Uhr, in Basel

Programm:

- 13.00 Uhr Beginn der GV, mit Mittagessen
- statutarische Traktanden und Vorstellung Privatarif
- anschliessend Besuch der GNP-Fortbildung

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

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

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

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

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

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

Verlag

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

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

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: 23.12.2010