

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser
Liebe Kolleginnen und Kollegen



Interdisziplinarität, hier definiert als das Zusammenspiel zwischen Grundversorgern und Spezialdisziplinen, ist das A und O einer guten, effizienten und kostenbewussten Medizin. Ein ausgewogenes Verhältnis dieser beiden Player ist dabei eine entscheidende Voraussetzung.

Der zurzeit noch immer zunehmende Altersdurchschnitt der Hausärztinnen einerseits und die Zunahme von Spitalambulatorien, fremdfinanzierten Grosspraxen und Walk-in-Permanenzen, alle mit institutionalisierter Zulieferung an eine zunehmende Anzahl von Spezialistinnen, andererseits könnten dieses Gleichgewicht kippen, mit absehbar unangenehmen Kostenfolgen für alle Prämienszahler. Bei einigen der immer häufigeren Gelenkersatz-Prothesen, Herzkatheter-Interventionen, Endoskopien und Frühkataraktoperationen, um nur einige Beispiele zu nennen, fehlt oft der Benefit bzgl. Mortalität und Morbidität. Eine Überversorgung bringt kein Plus an Gesundheit, weniger wäre da mehr.

In dieser Ausgabe lassen wir bewusst auch die andere Seite zu Wort kommen. Stephan Bachmann, Präsident BPSV, erläutert die Positionen und Strategien der Basler Privatspitäler, Jürg Aebi, CEO des Kantonsspitals Baselland, und Christoph A. Meier, ärztlicher Direktor des Universitätsspitals Basel, diejenigen der öffentlichen und grössten regionalen Spitäler.

Aus einer von uns veranlassten Umfrage unter den VHBB-Mitgliedern wird ersichtlich, dass wir mit schönen Lobesworten allein die Hausarztmedizin nicht erhalten und schon gar nicht ausbauen und optimieren können. Es scheint hinter guten Worten handfeste Interessen zu geben, die in einer Hidden Agenda zielstrebig umgesetzt werden.

Die VHBB hingegen, mit rund 200 Mitgliedern die mit Abstand grösste regionale Fachärzte-Organisation, vertritt offen alle Praxismodelle, von der bewährten Einzelpraxis über Gruppenpraxen bis zu teilweise fremdfinanzierten Grosspraxen. In allen diesen Praxen wird mit raschen Terminen und Hausbesuchen langjährig und nachhaltig und via MNZ(!) (Notfallzentrale) während 24 Stunden ein Zugang zu erfahrenen, hochkompetenten und motivierten Spezialisten der Grundversorgung angeboten. Diese können ihrerseits durch Erfahrung und Vernetzung direkt und unverzüglich der richtigen Spezialdisziplin zuweisen, auch wenn dies in den wenigsten Fällen notwendig ist, weil die meisten akuten Probleme ad hoc erledigt werden können. Zur Förderung des HA-Nachwuchses braucht es darum die weitere Unterstützung von erstklassigen Ausbildungs-Curricula durch das UNIHAM-BB und die regionalen Spitäler und von Seiten der Politik durch Mitfinanzierung der notwendigen Ausbildungsplätze.

Die Einführung einer Hausarzt-Konsultationspauschale durch Bundesrat Berset war und ist ein guter erster Schritt in die richtige Richtung, weitere müssen folgen. Sich selber beschäftigende Spitalambulatorien braucht es dabei nicht.

Dr. med. Stefan Kradolfer, Präsident VHBB

Umfrage bei den Basler Spitaldirektoren zum Thema Spitalambulatorien

«Patienteninteressen stehen immer im Zentrum von Hausarzt und Spital»

Es gibt immer mehr Spitalambulatorien. Das führt dazu, dass die Kantonsbudgets entlastet, die Patienten jedoch (über Krankenkassenprämien und Selbstbehalte) vermehrt belastet werden. Was sagen Sie zu dieser Entwicklung?

Christoph A. Meier: Unabhängig von der Finanzierungsmodalität ist die ambulante Erbringung von Dienstleistungen für die Gesellschaft als Ganzes kostengünstiger als eine Hospitalisation in einem Spital mit sehr teuren Infrastrukturkosten. Das ambulante Angebot unseres Spitals soll komplementär zu demjenigen der frei praktizierenden Kollegen sein und deckt somit wo nötig das höchstspezialisierte Segment und gegebenenfalls auch ambulante Versorgungslücken in unserer Umgebung ab.

Jürg Aebi: Mit der Bildung von Spitalambulatorien folgen die Spitäler dem allgemeinen Trend einer Verlagerung der medizinischen Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich und begegnen damit auch dem Umstand, dass viele Patienten heute keinen Hausarzt mehr haben. Der Patient hat immer die Wahl, ob er ambulante Leistungen im Spitalambulatorium oder beim Hausarzt beziehen will. Patienteninteresse und Patientensicherheit stehen immer im Zentrum und im gemeinsamen Interesse von Hausarzt und Spital.

Stephan Bachmann: Wichtig ist aus unserer Sicht vor allem, welches für die Patientinnen und Patienten die beste Behandlung ist. Der Trend zu vermehrter ambulanter Behandlung ist deshalb grundsätzlich zu begrüssen. Wir alle sind Patienten, Steuerzahler und Prämienszahler zugleich. Aber im Krankheitsfall sind wir primär Patient. Dringend ist es aus unserer Sicht, die bestehenden Fehlanreize, welche aufgrund der unterschiedlichen Finanzierung stationär/ambulant bestehen, zu beheben. Dies geht nur, indem beide gleich finanziert werden. Wir hoffen, dass die Bestrebungen auf Bundesebene (Einheitliche Finanzierung ambulant und stationär, EFAS) Früchte tragen, bleiben aber aufgrund der politischen Prozesse in der Schweiz bezüglich Zeithorizont realistisch zurückhaltend. Was es ebenfalls noch zu erwähnen gilt: Gemäss unserer Erfahrung besteht bei Spitalambulatorien der öffentlichen Spitäler immer auch die Gefahr, dass der Eigner (Kanton) zu Subventionsleistungen neigt und damit marktverzerrend wirkt.

Patienten werden heute im klassischen Fall als Notfälle oder als dringliche Zuweisungen stationär aufgenommen und dort in der Regel nur schwerpunktmässig behandelt. Sie gelangen dann in die spezialisierten Spitalambulanzen und werden in komplexen Fällen (insbesondere bei Polymorbidität) hausintern «weitergereicht». Schlussendlich wird dem Hausarzt die Rolle zuteil, aus all den Sprechstundenberichten herauszufiltern, was für den Patienten relevant ist. Welches ist Ihre Meinung dazu? Wie legitim ist Ihrer Meinung nach ein solches Vorgehen, ob schon keinerlei Evidenz besteht, dass der Patient davon profitiert?

Christoph A. Meier: Die allermeisten Patienten präferieren eine ambulante Betreuung gegenüber einer langen Hospitalisation (selbstverständlich mit Ausnahme von gebrechlichen und nicht selbständig zu Hause leben könnenden Patienten). Es ist somit im Sinne der Patienten (und wie oben erwähnt auch im Sinne einer Optimierung der Gesundheitskosten für unsere Gesellschaft), wenn stationär die wichtigsten und dringlichsten Abklärungen gemacht werden. Es geht somit keineswegs um ein «Weiterreichen» des Patienten in den ambulanten Sektor, sondern um eine auch für den Patienten sinnvolle integrierte Betreuung.

Jürg Aebi: Weist sich ein Patient als klassischer Notfall selber ein, erfüllt das öffentliche Spital seine Aufnahmepflicht. Erfolgt die Aufnahme durch eine dringliche Zuweisung, so stützt sich das Spital auf die ärztliche Voreinschätzung des zuweisenden Hausarztes. Kann ein Patient nach

Beurteilung/Behandlung auf der Notfallstation nach Hause austreten, so wird ihm die Nachbehandlung beim Hausarzt bzw. gegebenenfalls bei niedergelassenen Spezialisten empfohlen. Dasselbe gilt für Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt austreten. Der Patient entscheidet über die Nachsorge nach einem ambulanten oder stationären Spitalaufenthalt. Bei Polymorbidität bietet das Spital unter Einbezug der notwendigen Fachdisziplinen die ganzheitliche Betreuung. Die Zuweisung eines Patienten in eine Spezialprechstunde durch den Hausarzt basiert auf dessen Vorabklärung und Beurteilung. Das Spital informiert den Hausarzt über die Behandlung seines Patienten und gibt ihm auch an, welche Nachkontrollen in Absprache mit dem Patienten bei welchen niedergelassenen bzw. Spitalspezialisten vorgesehen sind. Es könnte sinnvoll sein, seitens Hausarzt die Relevanz für den Patienten in einem Gespräch unter Kollegen herauszufiltern.

Der Profit für den Patienten ist, dass er jederzeit Zugang zu einer Notfallstation und – über die Zuweisung seines Hausarztes des Vertrauens – in die Spezialsprechstunden hat. Damit kann eine zeitnahe und patientenzentrierte Abklärung und Behandlung ermöglicht werden. Das KSBL ist kontinuierlich bestrebt, den Informationsfluss zu verbessern. Entsprechend ist das Spital für Optimierungsvorschläge seitens der Hausärzteschaft stets offen.

Stephan Bachmann: Mit dem hausinternen «Weiterreichen» polymorbider Fälle spricht die VHBB eine Problematik an, die dem Ziel einer Stärkung der Hausarzt-zentrierten Versorgung widerspricht.

Solange Patienten in den Spitalambulanzen nachbetreut werden, ist es für die Hausärzte nahezu unmöglich, auf den Behandlungspfad und die Behandlung selbst Einfluss zu nehmen. Dem Patienten selbst wird suggeriert, dass er in der Spitalambulanz («Spezialisten!») besser aufgehoben sei als in der Hausarztpraxis. So werden schlussendlich etliche unnötige Leistungen erbracht, und oftmals geht dabei wichtige Zeit verloren. Gibt es in Ihrem Spital Ansätze oder Ideen, wie die ambulante Betreuung des Patienten nach dessen (stationären) Spitalentlassung verbessert werden könnte?

Christoph A. Meier: Tatsächlich ist es eine der ganz wichtigen Aufgaben des Internisten im Spital, aber auch des Hausarztes in der Praxis, aus den verschiedenen Befunden und Vorschlägen der durchgeführten Untersuchungen eine Synthese und einen aus den Wünschen und Präferenzen des Patienten entsprechenden Behandlungsplan zu erstellen. Gegebenenfalls kann in komplexen Fällen hierfür auch eine Poliklinik im Spital Hilfe bieten.

Unser Gesundheitssystem ist ganz generell tatsächlich potentiell «Volumen-getrieben», was vor allem den Tarifierungsanreizen («Volume» statt «Value») geschuldet ist. Wir sind der Meinung, dass der Hausarzt als zentraler Koordinator und Interessenvertreter seiner eigenen Patienten in die Modalitäten der ambulanten Nachversorgung involviert werden muss und er entscheidet, in welcher Struktur ein Patient weiter abgeklärt und betreut werden soll. Unsere Ärzte am USB sind im Rahmen des Austrittsmanagements angehalten, dies wenn immer möglich mit dem zuweisenden Hausarzt zu besprechen.

Jürg Aebi: Im KSBL werden mit der Ansiedelung des Universitären Instituts für Hausarztmedizin die Zusammenarbeit zwischen Spital und Hausarzt sowie die Ausbildung von zukünftigen Hausärzten speziell gefördert. Beim Spitalaustritt wird den Patienten immer empfohlen, die Nachbehandlung beim Hausarzt fortzusetzen. In der Zusammenarbeit zwischen Spital und Hausarzt soll immer das Patienteninteresse im Fokus stehen.

Stephan Bachmann: Die Kliniken des Verbandes der gemeinnützigen Basler Privatspitäler sind in der Akutmedizin, Geriatrie, Palliative Care,

Komplexe polymorbide (häufig chronisch erkrankte) Patientinnen und Patienten benötigen eine integrierte Versorgung, bei der die Hausärzte eine Schlüsselfunktion übernehmen. Die Hausärzte (als zentraler Teil der Primärversorgung) koordinieren die Versorgung als Gatekeeper und betrachten die Patientinnen/Patienten als Menschen ganzheitlich und kennen ihr Lebensumfeld. Die spezialärztliche Versorgung ist Teil der Sekundärversorgung, die auf Überweisung der Primärversorgung tätig wird. Nur so bleibt sichergestellt, dass eine Über-, Unter- und Fehlversorgung der polymorbiden Patientinnen und Patienten vermieden wird.

Psychiatrie und Rehabilitation tätig. Eine generelle Antwort ist deshalb schwierig. Betroffen sind insbesondere die drei privaten Akutspitäler. Hier die Statements der drei Akutspitäler: Das **Claraspital** versteht sich als Teil eines spitalübergreifenden Behandlungsprozesses, welcher zum Nutzen der Patienten in enger Abstimmung und Kontaktnahme mit den Hausärzten und niedergelassenen Spezialisten erfolgen muss. Zu diesem Zwecke wurde unter anderen ein Ärzteportal, das ClaraPortal, entwickelt. Dieses erlaubt den interessierten Hausärzten zeitnahen Einblick in alle Behandlungsschritte und relevanten Analyseergebnisse und vermittelt alle relevanten Austrittsinformationen.

Die **Merian Iselin Klinik** mit ihrem Belegarztsystem ist prädestiniert für eine effiziente, aber auch effektive Rollenteilung zwischen Spezialisten und Hausärzten. Die Merian Iselin Klinik plant den Aufbau eines Walk-in-Angebots für orthopädische und traumatologische Patienten. Dies mit starker Unterstützung der belegärztlichen Fachkräfte. Diese wiederum werden nach allfällig notwendiger Intervention in diesem Walk-in-Konstrukt die Patienten wieder in die Obhut des Hausarztes entlassen und so zu einer angemessenen und situationsgerechten Verteilung der Versorgungsaufgaben beitragen. Das Zusammenspiel in der Kette Hausarzt-Belegarzt-Belegärztklinik-Belegarzt-Hausarzt, unterlegt mit entsprechenden Infokanälen, bleibt somit bestehen.

Die Philosophie des **Bethesda Spitals** ist, die Hausärzte in ihrer Funktion als Gatekeeper zu stärken. Diesbezüglich werden sie, wenn immer möglich, in Behandlungsprozesse involviert und zeitnah über relevante Behandlungs-

Die Basler Privatspitäler nehmen ihre Rolle im Versorgungsprozess und als langjährige bewährte Partner der niedergelassenen Ärzte ernst. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem ambulanten Bereich ist für die Basler Privatspitäler keine «Worthülse», sondern Teil der jeweiligen Unternehmensstrategie. Das gelebte Belegarztsystem ist Ausdruck dieser Zusammenarbeit. Wir als Basler Privatspitäler bieten den Hausärzten in der Region die Hand, gemeinsam für eine möglichst optimale Versorgung im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zu sorgen und diese weiterzuentwickeln.

schritte und Entscheide informiert. Unsere Ambulatorien sehen wir dabei als Fachergänzung für spezifische Abklärungen im Auftrag der Hausärzte («second opinion»). Daher werden Patienten nach erfolgter Abklärung wieder an den Hausarzt zurück überwiesen und nicht ohne Absprache weiterführend abgeklärt respektive behandelt.



Stephan Bachmann ist Präsident Basler Privatspitäler-Vereinigung (BPSV)



Jürg Aebi ist CEO des Kantonsspitals Baselland



Christoph A. Meier ist ärztlicher Direktor des Universitätsspitals Basel

Kommentar

Bewegt sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit in eine Sackgasse?

Die Interdisziplinarität, also die Zusammenarbeit der Hausärzte mit anderen Fachrichtungen und insbesondere den zunehmend aktiven Spitalambulatorien, wird derzeit auf eine harte Probe gestellt.

Es entstehen zunehmend Ambulatorien, die den (meistens) nicht vorhandenen Bedarf abdecken wollen und ihn dadurch ankurbeln. Gesamthaft gesehen verteuern die ambulanten

Behandlungen oftmals das weitere Abklärungs- und Behandlungsprozedere der Patienten, da hier bei Mehrfachkonsultationen ohne Rücksichtnahme auf Fallpauschalen im für die Patienten unübersichtlichen Tarifiedschungel hemmungslos gewütet werden kann (denn es braucht dann immer einen weiteren Besprechungstermin und eine Kontrolle der Kontrolle).

In diesem Zusammenhang stellen wir uns natürlich die Frage, wann diese unsinnige Propagierung der Verlagerung von stationär zu ambulant aufhört. Der Sinn darin liegt in erster Linie in der Budgetentlastung der Kantone, dafür werden dann weitere Prämienanstiege (denen der Gesundheitsdirektor andererseits publikumswirksam den Kampf ansagt) billigend in Kauf genommen.

Eine wichtige Kompetenz der Spitäler ist nun einmal die Ausbildung der zukünftigen Ärzte im stationären Setting, dies muss auch entsprechend honoriert werden. Es kann nicht sein, dass die Spitäler falsch und überteuert abrechnen müssen, um ihrem Ausbildungsauftrag nachkommen zu können. Im stationären Umfeld ist eine gewisse ambulante Begleitung sicher angezeigt, dabei muss der Rahmen aber gewahrt bleiben. Die Statistik lehrt uns nicht umsonst dass die Spitalambulatorien absolut kostenineffizient sind.

Bei den Privatspitälern zeigt sich interessanterweise, dass die Zusammenarbeit mit den Hausärzten so lange gelobt und propagiert wird, bis man ein eigenes Modell entwickelt hat (als Beispiel sei hier der geplante neue «Orthopädische Walk-in» der Merian Iselin Klinik genannt).

Diese ergänzenden niederschweligen Angebote entwerten die hausärztliche Grundversorgung, indem sie die hausärztliche Vielfalt und Breite ohne jede Not schwächen und zu unsinnigen Mengenausweitungen ohne Qualitätssteigerung führen. An dieser Stelle sei der Präsident der Basler Privatspitälervereinigung zitiert: «Die Hausärzte (als zentraler Teil der Primärversorgung) koordinieren die Versorgung als Gatekeeper und betrachten die Patientinnen/Patienten als Menschen ganzheitlich und kennen sein Lebensumfeld. Die spezialärztliche Versorgung ist Teil der Sekundärversorgung, die auf Überweisung der Primärversorgung tätig wird. Nur so bleibt sichergestellt, dass eine Über-, Unter- und Fehlversorgung der polymorbiden Patientinnen und Patienten vermieden wird.»

Wenn dieses Credo konsequent gelebt würde, könnte die Idealvorstellung einer Hand-in-Hand-Betreuung durch Haus-, Spezialarzt und stationäre Institution – Aus- und Weiterbildung der jungen KollegInnen inklusive – tatsächlich wieder etwas näher rücken. Gleichzeitig würde sich diese Kooperation auf die Motivation der beteiligten Medizinalpersonen günstig und gewinnbringend auswirken (vielleicht weniger auf die Ökonomen, aber diese sind auch eher als Berater und Hilfskräfte anzusehen, welche die «Produzenten» – Ärzte, Pflegende, Therapeuten, medizinische Beratungs- und Sozialdienste – administrativ entlasten bzw. ihnen bei Bedarf zur Seite stehen).

Dr. med. Stefan Kradolfer, Dr. med. Philipp Zinsser, Dr. med. Christoph Hollenstein

Interview mit einem «Landsarzt-Spezialisten»

«Als problematisch empfinde ich die Zuweisungen aufgrund des Patientenwunsches»

Dr. med. Marc Cueni ist eigentlich eine Chimäre: Er unterhält eine rheumatologische Facharztpraxis in Laufen und betreibt mit seiner Frau Beatrice gleichzeitig Hausarztmedizin. Er kennt also sowohl den «Spezialisten-» wie auch den «Zuweiserstatus» und ist deshalb prädestiniert dazu, das Verhältnis zwischen beiden beurteilen zu können.

Welches waren die Umstände, die zum aktuellen Standort und Angebot der Praxis geführt haben?

Dr. Marc Cueni: Ich bin in der Nachbargemeinde aufgewachsen, wollte schon immer da arbeiten, wo ich die Menschen kenne. Ich wollte auch schon immer aufs Land, und es war mein Wunsch, in der Grundversorgung tätig zu sein. Wie Allgemeinmediziner häufig ein Gebiet ausbauen, an welchem sie ein besonderes Interesse haben, und dabei zu «Spezialisten» mutieren, habe ich mein Spezialinteresse gleich zum Facharztstitel ausgebaut. Als in Bahnhofsnähe ein Neubau mit Wohn- und Geschäftsanteilen realisiert wurde, habe ich die Gelegenheit ergriffen, eine eigene Praxis zu eröffnen.

Wird die Fachdisziplin (z.B. bei der Vergabe von Terminen) priorisiert und werden Grundversorgertermine nur so weit noch vergeben, als nach den Fachdisziplinterminen «noch Platz» ist? Oder wird ein anderes System der Regulation angewandt?

Patienten werden stets nach Dringlichkeit aufgeboden, sowohl bei den selber hausärztlich betreuten wie auch bei den zugewiesenen Patienten. Ein frühzeitiger Aufnahmestopp für allgemeine (Hausarzt-)Patienten erlaubt mir eine genügende Flexibilität bei der Übernahme von zugewiesenen rheumatologischen Fällen (keine langen Wartezeiten).

Hat die gleichzeitige Betreuung von hausärztlichen Patienten Auswirkungen auf die Qualität im einen oder anderen Fach? Falls ja, inwiefern?

Ich habe nicht das Gefühl, bilde mich sowohl in der Hausarztmedizin wie auch im Spezialfach zu etwa gleichen Teilen weiter. Ich denke, dass die Erfahrung im einen auch der Behandlungsqualität im anderen Fach zugute kommen kann.

Abgesehen vom fast obligatorischen Berichteschreiben bei zugewiesenen Patienten: Gibt es andere, charakteristische Unterschiede zwischen der Hausarztmedizin und der Fachdisziplin?

Rheumatologische Patienten, v.a. die zugewiesenen, sind generell schwieriger bzw. aufwendiger. Bei den zugewiesenen Patienten wurden vielfach schon diverse Abklärungen gemacht, andere Spezialisten einbezogen etc. Hinzu kommen die individuellen Bedürfnisse und Charakteristika der Zuweiser. Da ich bei solchen Patienten auch jeweils nur einen beschränkten Ausschnitt aus der Krankengeschichte kennen lerne, bemühe ich mich um rasche Rückweisung an den Hausarzt, der hier die bessere Gesamtbetreuung gewährleisten kann.

Gibt es Probleme bei der Schnittstelle zwischen dem Zuweiser und dem Konsiliararzt?

Als problematisch empfinde ich die Zuweisungen aufgrund des Patientenwunsches, entgegen der fachlich ausreichenden Kapazität des Zuweisers. Zudem gilt es, in jenen Fällen klare Grenzen zu setzen, in welchen die zugewiesenen Patienten einen Hausarztwechsel wünschen. Übernahmen kommen denn auch selten vor, und dann nur in Absprache mit dem bisherigen Hausarzt. In diesem Bereich sehe ich einen klaren Vorteil mit eigener Erfahrung als Zuweiser.

Wo ist die Grenze der weiterführenden (nicht mit dem Zuweiser abgesprochenen) Abklärungen des Konsiliararztes? Welches sind die Kriterien für eine (vorzeitige) Kontaktaufnahme mit dem Zuweiser?

Einfache technische Untersuchungen gehören zum Abklärungsauftrag, die ich ohne Rücksprache veranlasse. Wo spezielle Fähigkeiten oder – sofern mir bekannt – das Netzwerk des Zuweisers tangiert wird, nehme ich Rücksprache mit



ihm. Ich nehme auch frühzeitig Rücksprache, wenn ich aufwendige, den Patienten belastende Untersuchungen als sinnvoll erachte, und diskutiere die Indikationsstellung mit dem zuweisenden Hausarzt.

Würde die Entscheidung für die realisierte Praxisform (Hausarztmedizin + Rheumatologie) auch heute wieder gleich ausfallen?

Auf jeden Fall, ja.

Lieber Marc, ich danke dir für das Gespräch.

Die Fragen stellte Dr. Christoph Hollenstein, Mitglied der VHBB-Redaktion

Die VHBB hat am 23.3.2017 folgende Medienmitteilung versandt:

Kein Ausbau der Ambulanz beim KSBL ohne Miteinbezug der zuweisenden Hausärzte!

Das Kantonsspital Baselland (KSBL) plant ein externes Ambulatorium am Bahnhof Liestal. Der Baubeginn für die entsprechenden Gebäulichkeiten ist bereits für 2018 vorgesehen. Das KSBL will damit einem allgemeinen Trend folgen und es dem Unispital Zürich oder dem Kantonsspital Luzern gleichtun, welche ebenfalls grosse Ambulatorien planen. Irritierend für dieses Vorgehen des KSBL ist, dass die Hausärzte als wichtige Akteure bislang nicht einbezogen wurden. Die Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht nur die Hauptpfeiler der ambulanten Grundversorgung, sondern durchaus in der Lage, Zuweisungen auf das Kriterium des Patientenwohls zu reduzieren. **Die Vereinigung der Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel (VHBB) ist der Ansicht, dass zum jetzigen Zeitpunkt kein Bedarf für ein solches Ambulatorium besteht.** Sie lehnt deshalb das geplante Projekt aus folgenden Gründen ab:

1. Die VHBB ist befremdet, dass die Hausärzte mit lokaler Vernetzung bei dieser wichtigen gesundheitspolitischen Entscheidung einer kantonalen Institution in keiner Weise mit einbezogen worden sind.
2. Die VHBB vermutet, dass die entsprechenden Bedürfnisse der Bevölkerung, die ein solches Vorhaben begründen könnten, nicht abgeklärt wurden.
3. Ein Ambulatorium des KSBL am Bahnhof Liestal würde in Konkurrenz mit der erst etablierten hausärztlichen Notfallpraxis am Spitalstandort Liestal treten.
4. Es ist voraussehbar, dass ein Ambulatorium einen weiteren Kostenschub verursachen wird, der zu einem grossen Teil auf dem Buckel der Steuerzahler ausgetragen werden wird.

Die Medienmitteilung blieb nicht ohne Wirkung. Das KSBL hat inzwischen aktiv den Kontakt mit der VHBB gesucht und zu einer orientierenden Sitzung am 29.5.2017 eingeladen. Ob und wie weit das KSBL die Hausärzte in die Planung mit einbeziehen will, ist zur Zeit des Redaktionsschlusses noch offen.

Termine VHBB

- 31. August 2017: Fortbildung Bad Schauenburg
- 26. Oktober 2017: Herbstbummel
- 1. Februar 2018: Generalversammlung

Erfolgreiche Jubiläums-GV

Am 16. Februar 2017 fand im Zoo Basel die 10. Generalversammlung der VHBB statt. Bei herrlichem Frühlingswetter konnte der Präsident Christoph Hollenstein 26 Vereinsmitglieder und den Vorstand begrüßen. Zu diskutieren gab insbesondere der neu lancierte Newsletter. Die Idee, zukünftig provokativer auf die Bedürfnisse der Haus- und Kinderärzte zu zielen, wurde von der Versammlung in positivem Sinn zur Kenntnis genommen und der Vorstand ermutigt, diesen Weg weiterzugehen.

Das geplante Ambulatorium des Kantonsspitals Baselland am Bahnhof Liestal war ebenso Gegenstand von Diskussionen. Der Antrag eines Kollegen, die kritische Haltung der Hausärzte zu diesem Projekt den Medien zu übermitteln, wurde mit grossem Mehr angenommen.

Am Ende der Versammlung wurden die zwei Vorstandsmitglieder C. Gallachi und Ch. Itin aus dem Vorstand verabschiedet. Ch. Hollenstein gab, wie geplant, das Amt des Präsidenten ab. Er bleibt aber glücklicherweise dem Vorstand als Vizepräsident erhalten. Einstimmig wurde S. Kradolfer als neuer Präsident gewählt.

Nach der lebhaften Geschäftssitzung war die Erfrischung im Restaurant Zoo willkommen. In zwei Gruppen wurden wir darauf mit der spannenden Tätigkeit einer Biologin und eines Tierarztes im Zolli bekanntgemacht. Die Führung durch das Affenhaus hat alle begeistert.

Hungrig trafen wir im grossen Festsaal ein, wo ein exzellentes Abendessen serviert wurde. Musikalisch begleitet hat uns Edi Riesen mit seiner



Band. Neben lustigen Darbietungen gab's dabei auch nachdenkliche Kost.

Bedanken durfte sich unser neuer Präsident auch für die Grussworte und die motivierenden Statements von Tobias Eichenberger und Felix Eymann, den Präsidenten der kantonalen Ärztesellschaften.

Eine erfolgreiche Jubiläumsversammlung ging am späten Abend mit der Gewissheit zu Ende, dass die VHBB auch im 11. Jahr ihres Bestehens ein wichtiges Organ ist, um haus- und kinderärztliche Anliegen zu vertreten.

Dr. med. Jürg Jutzi

VHBB-Umfrage

Gibt es eine «Hidden Agenda»?

Da wir als Hausärzte permanent mit Lob überschüttet werden, dies jedoch realistisch gesehen mit wenigen Ausnahmen keine spürbar positiven Auswirkungen auf unsere Gesamtsituation hat, wollten wir von unseren Mitgliedern wissen, welche «Hidden Agenda» bei den diversen Protagonisten (Politikern, BAG, Spitaldirektoren, Spezialisten, Apothekern etc.) vermutet wird.

Das Ergebnis der diesbezüglichen Umfrage bestätigte unsere Skepsis gegenüber den vollmundigen Statements:

- Das Bestreben nach kurzfristiger Kostenreduktion resp. Gewinnmaximierung steht im Vordergrund.
- Langfristig qualitätsdienliche Überlegungen haben dann Platz, wenn sie nichts kosten, resp. wenn ein mittelfristiger Return-on-investment erwartet werden kann. Tatsächliche Initiativen zur Erhaltung eines der weltweit besten Gesundheitssysteme werden kaum beobachtet.

- Der Kontakt mit der Ärzteschaft wird dann aufrechterhalten, wenn er sich nicht vermeiden lässt. Der eigene Vorteil muss durch die Heterogenität der Ärzteschaft vergrössert werden.
- Die Interessen der Patienten – sprich: der Bevölkerung – scheinen eine absolut nachrangige Rolle zu spielen.

Dass diese Denkweisen bei Politikern, Ämtern und Spitälern, also mit einem klaren Auftrag zur Versorgung der Öffentlichkeit, vermutet werden, stimmt bedenklich. Es spornt uns an, nach unseren eigenen Prinzipien weiter für die Hausarztmedizin einzustehen, ohne uns auf Versprechungen der hehren Politik und anderer «Player» (sic!) im Gesundheitssystem zu verlassen.

Dr. med. Stefan Kradolfer, Dr. med. Philipp Zinsler, Dr. med. Christoph Hollenstein

Herausgeber

Vereinigung der Hausärzte beider Basel (VHBB), Sekretariat, Freie Str. 3/5, 4001 Basel, Tel. 061 560 15 18, E-Mail: sekretariat@vhbb.ch, www.vhbb.ch

Wünschen Sie den VHBB-Newsletter nicht mehr?

Die VHBB möchte Sie mit dem VHBB-Newsletter regelmässig über aktuelle Themen der Basler Hausärzte orientieren. Falls Sie den Newsletter nicht mehr möchten (oder falls Sie den Newsletter doppelt erhalten), bitten wir Sie, das Sekretariat der VHBB entsprechend zu informieren. Adresse: Sekretariat VHBB, c/o MedGes, Freie Strasse 3/5, 4001 Basel; Tel. 061 560 15 15; E-Mail: sekretariat@vhbb.ch