



**Was ist Managed Care und
Integrierte Versorgung?**

**Das Hausarzt-Modell
der Zukunft**

2

**Wie steht es um die Patienten-
sicherheit in der Schweiz?**

Interview

mit Margrit Kessler

4

**Wie arbeiten Netzwerk-
Hausärzte?**

Vier Porträts

6

**Wie kann ich eine Grippe
vermeiden?**

**Impfempfehlungen
der Hausärzte**

8

Kostenlose Patientenausgabe

Die Zukunft der Grundversorgung

Das Hausarztmodell

In den letzten Monaten fanden die Begriffe Managed Care und integrierte Versorgung vermehrt den Weg in die Medien. Für viele Versicherte bleiben diese Schlagworte dennoch abstrakt. Wenn jedoch auf der Strasse nach der Bedeutung des Hausarztmodells nachfragt wird, erhält man prompt eine Antwort. Hausarztmodelle werden allgemein mit der Verpflichtung zur Treue zum eigenen Hausarzt gleichgesetzt, an den man sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden muss.

Dieses relativ einfache und verständliche System hat sich mittlerweile in der Krankenversicherungslandschaft etabliert und schweizweit haben sich mehrere hunderttausend Versicherte dafür entschieden. Doch diese vermeintlich einfache Ausgangslage ist bei näherer Betrachtung wesentlich komplexer. Hausarztmodell ist nämlich nicht gleich Hausarztmodell. Vielen Versicherten ist der Unterschied zwischen einem Listenmodell und dem echten, verbindlichen Hausarztmodell nicht bekannt. Das Grundprinzip der Verpflichtung dem eigenen Hausarzt gegenüber ist bei beiden gegeben. Doch wo liegen die Unterschiede?

Listenmodelle

Die Listenmodelle gehen von der Initiative der Krankenversicherer aus. Die Kassen erstellen nach eigenem Gutdünken Ärztelisten, aus denen die Versicherten ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin wählen können. Je nach Krankenkasse sind diese Listen mehr oder weniger offen. Das heisst, dass die Versicherer gezielt Grundversorgerinnen und Grundversorger in dieses System ein- oder ausschliessen können. Bei der Erstellung ist die Teilnahme und das Engagement des Arztes in einem Ärztenetzwerk nicht Voraussetzung. Eine Information den Ärzten gegenüber ist nicht üblich, sodass diese



meist selbst nicht wissen, auf welchen Listen sie aufgeführt sind. Zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft gibt es in diesem System keine vertragliche Vereinbarung. Trotzdem erwarten die Versicherer von den Listenärzten eine zusätzliche Betreuungsleistung, welche jedoch nicht honoriert wird. Es ist klar, dass solche Systeme vor allem den Krankenkassen dienen. Im Kampf um so genannte gute Risiken (junge und gesunde Versicherte) spielen diese Versicherungsprodukte eine grosse Rolle. Mit zum Teil hohen Rabatten wird hier um die Gunst dieser Versichertengruppe geworben. Qualitative Überlegungen treten in den Hintergrund. Diese Modelle stehen daher in ausgeprägtem Gegensatz zu den echten, verbindlichen Hausarztmodellen.

Echte Hausarztmodelle

Diese Hausarztmodelle zeichnen sich durch eine vertragliche Vereinbarung

zwischen Ärztenetzwerken und Krankenversicherern aus. In Ärztenetzwerken schliessen sich Grundversorger und vereinzelt auch Spezialisten zusammen, um gemeinsam eine hochqualifizierte medizinische Versorgung anzubieten. Die einzelnen Ärztenetze schliessen mit verschiedenen Krankenkassen einen Vertrag ab. Somit entsteht ein Gebilde, welches alle beteiligten Akteure einschliesst – den Patienten, den Arzt und die Versicherung. Solche Ärztenetze betreiben Managed Care oder passender: eine integrierte Versorgung. Dabei liegt das Interesse in einer optimalen Patientenbetreuung. Ärztenetze der integrierten Versorgung bemühen sich, eine gemeinsame Betreuungsstruktur anzubieten. Integriert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Hausarzt den Weg der Patienten im gesamten Gesundheitssystem steuert. Diese Steuerung kann nach definierten Richtlinien oder Pfaden erfolgen. Nicht selten schliesst ein solcher Pfad verschiedene medizini-

Echte Hausarztmodelle

Die nachfolgenden Krankenversicherer bieten echte Hausarztmodelle an

	Atupri – CareMed
	EGK – EGK-Care
	Groupe Mutuel – BasicPlus
	Helsana Gruppe – benefit PLUS
	Helsana Gruppe – benefit PLUS
	Helsana Gruppe – maxi.zero
	Helsana Gruppe – benefit PLUS
	Helsana Gruppe – benefit PLUS
	Sanitas – NetMed
	SWICA – FAVORIT CASA
	Visana – Managed Care Hausarztmodell

Ärztetzwerke

In diesen Ärztenetzwerken werden die Patienten in echten Hausarztmodellen betreut.

	beodocs
	HAV Biel-Seeland
	localmed AG
	mednetbern
	Oberes Emmental

sche Leistungserbringer ein. Seien das Spezialisten, ein Spital oder paramedizinische Fachleute wie z.B. Physiotherapeuten. Durch diese Zusammenarbeit kann der betreuende Netzwerkarzt gezielt auf die Bedürfnisse seiner Patientinnen und Patienten eingehen.

Ärztetzwerke stehen für Qualität

Die ständig wachsende Vernetzung in Ärztenetzwerken fördert die Qualität der medizinischen Versorgung. Durch die verbindliche vernetzte Zusammenarbeit wird ein reger Informationsaustausch gepflegt. Dies hilft Missverständnissen vorbeugen und vergrössert die Behandlungssicherheit. Gleichzeitig verpflichten sich die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte zur vermehrten Weiterbildung innerhalb des Ärztenetzwerkes. Das medizinische Wissen wird in regelmässigen, so genannten Qualitätszirkeln aktualisiert. Gemeinsam werden Fragen aus der täglichen Praxis und andere, für die Patientenbetreuung relevante Themen, erörtert. Die Patientinnen und Patienten profitieren damit vom Erfahrungsschatz aller Beteiligten. Für bestimmte Bereiche können medizinische Richtlinien oder Guidelines entstehen. Guide-

lines ermöglichen es, aus verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten die jeweils optimale Wahl zur treffen. Sie beruhen dabei auf nachweislich anerkannten wissenschaftlichen Studien und internationalen Richtlinien und werden auf die lokalen Bedürfnisse angepasst. Die Arbeit in den Qualitätszirkeln bereichert aber auch den medizinischen Alltag der einzelnen Ärztinnen und Ärzte. Dieses Zusammenarbeiten wirkt motivierend und es stellt sich ein starkes Gemeinschaftsgefühl ein. Auch hiervon können die Patientinnen und Patienten direkt in der Sprechstunde profitieren.

Nutzen für die Versicherten

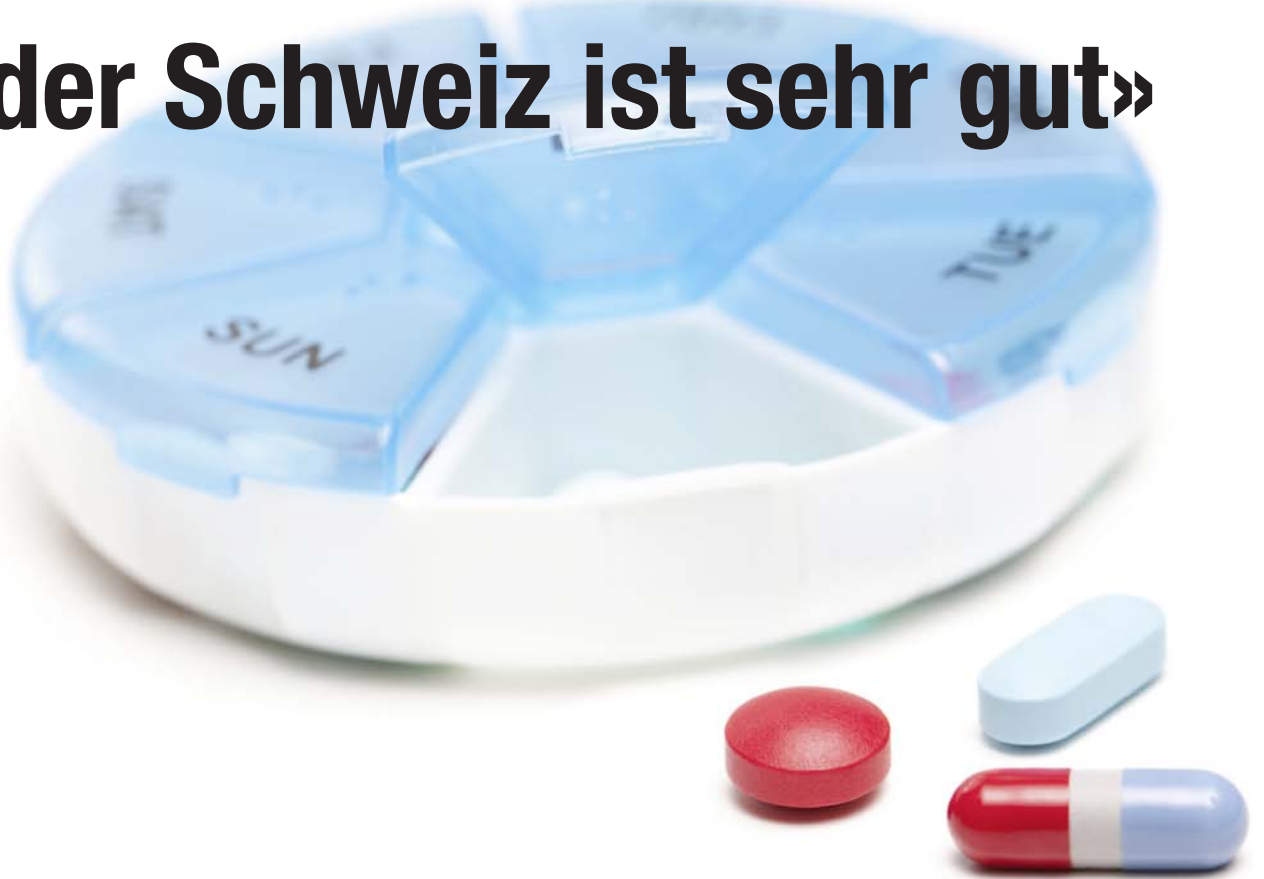
Die Vorzüge des Hausarztmodells liegen auf der Hand. Im Zentrum der Bemühungen stehen die Patienten. Die bedarfs- und ressourcenoptimierte medizinische Versorgung, wie sie durch die verschiedenen Ärztenetzwerke angeboten wird, kann ein wichtiges Mittel zur Eindämmung der stetig steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz sein. Dabei werden die im Hausarztmodell eingesparten Mittel den Patienten in Form von Prämienrabatten weitergegeben. Mittlerweile werden von den meisten Krankenkassen entsprechende Versicherungsprodukte

angeboten. Der unterjährige Wechsel in das Hausarztmodell ist bei den meisten Versicherern auf den Beginn eines jeden Monats möglich. Beim Wechsel sollte jedoch die Wahl auf ein verbindliches Hausarztmodell fallen. Nur hier profitieren die Patientinnen und Patienten von der qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung eines Ärztenetzwerkes.



*Dr. med. Luca Emmanuele
Leiter PonteNet*

«Die Patientensicherheit in der Schweiz ist sehr gut»



Punktuell: Wie beurteilen Sie heute die Patientensicherheit ganz generell in der Schweiz?

Margrit Kessler: Die Patientensicherheit in der Schweiz beurteile ich als gut, im Vergleich mit dem Ausland sogar als sehr gut. Die Leistungserbringer geben sich alle erdenkliche Mühe, keine Fehler zu begehen, aber auch sie sind nur Menschen. Wo gearbeitet wird, passieren auch Fehler.

Wie beurteilen Sie die Patientensicherheit heute in der Schweiz differenziert nach Leistungserbringern?

Grundsätzlich ist die Patientensicherheit von der sorgfältigen Abklärung, Aufklärung und Therapie eines Patienten abhängig. Damit die Patientin und der Patient über eine Therapie und über mögliche Alternativen entscheiden können, brauchen sie ein entsprechendes Wissen. Die Kommunikation ist ein wichtiger Faktor für die Patientensicherheit. Nur wenn die Patientinnen und Patienten verstehen, weshalb sie

eine Behandlung brauchen, sie ihre Diagnose kennen und die vorgesehene Therapie verstehen, sind sie Willens, ihre Behandlung durchzuführen (sogenannte Patienten-Compliance). Hält sich eine Patientin oder ein Patient an die entsprechende Therapie, ist die Patientensicherheit entsprechend erhöht. Patientensicherheit kann nicht zwischen Spitälern, Hausärzten und Spezialisten unterschieden werden. Es gibt überall sorgfältige und weniger sorgfältige Leistungserbringer. Die Patientensicherheit ist auch personenabhängig. Besonders offensichtlich ist sie bei chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Wenn ein guter Chirurg seinen Arbeitsplatz wechselt, so nimmt er seine Arbeitsqualität mit an seine neue Stelle. Aber auch unsorgfältig arbeitende Ärztinnen und Ärzte nehmen entsprechende Komplikationen mit.

Wie kann die Patientensicherheit Ihrer Meinung nach erhöht werden?

Qualitätszirkel können die Patientensicherheit erhöhen. In den Spitälern

wird für die Patientensicherheit viel unternommen. Das so genannte CIRS (Critical Incident Reporting System = System zur Berichterstattung kritischer Ereignisse) wurde in vielen Spitälern eingeführt. CIRS gelingt aber nur, wenn das Vertrauen in diesen hierarchischen Strukturen funktioniert, wenn die Untergebenen keine Angst haben müssen, wenn sie anonym «Fast-Fehler» bekannt geben und sie nicht blossgestellt oder sogar dafür bestraft werden. Natürlich müssen die Vorgesetzten mitmachen. Vielen Ärztinnen und Ärzten fällt es schwer, ihre «Fast-Irrtümer» mitzuteilen. Beim CIRS werden laut Empfehlung des Rechtsdienstes der FMH nur «Fast-Fehler», oder Fehler, die keine Folgen haben, eingegeben. Die FMH befürchtet, dass Anwälte bei einer Sorgfaltspflichtverletzung Einsicht in die CIRS-Dokumente verlangen könnten. Aus der Sicht der Stiftung SPO Patientenschutz ist dies nicht begründet, weil bei einer Sorgfaltspflichtverletzung die Krankengeschichte vorliegt und entsprechend Aufschluss gibt. Diese Weisung bewirkt, dass schwerwiegende Fehler unter den Leistungserbringern

nicht bekannt werden und daraus auch nicht die notwendigen Konsequenzen gezogen werden können.

In einzelnen Spitälern gibt es Pilotversuche, mit Armband und Barcode-systemen die Patientensicherheit zu erhöhen. Wie beurteilen Sie das?

Das ist eine sehr gute neue Methode und wird den Patientinnen und Patienten in Zukunft mehr Sicherheit bringen. Wichtig ist, dass die Patientinnen und Patienten über die Vorteile gut informiert werden. Nach meiner Kenntnis ist die Akzeptanz des Barcodesystems bei den Patienten sehr gross. Die Medikamentensicherheit wird erhöht, die richtige Abgabe des verordneten Medikamentes wird überwacht und Verwechslungen werden verhindert.

Wo treten Ihrer Kenntnis und Erfahrung nach die meisten Fehler auf?

Es ist bekannt, dass am meisten Fehler rund um die Medikation passieren. Es gibt in diesem Bereich auch viele Möglichkeiten, Fehler zu begehen: Angefangen bei der falschen Verschreibung, Dosierung, dem falschen Patienten verabreicht, bis nicht zum richtigen Zeitpunkt eingenommen. Ein grosses Problem ist die Unlesbarkeit der Verordnungen und die Folge der Fehlinterpretation. Das kann zu schweren Folgen für die Patientin oder den Patienten führen. Diese Fehler sind aber sehr schwierig nachzuweisen und die betroffenen Patientinnen und Patienten wenden sich eher nicht an die Stiftung SPO Patientenschutz.

In den Spitälern passieren die meisten gravierenden Fehler. Das hängt aber mit dem Leistungsauftrag zusammen. Die Spitäler behandeln die schwerkranken Patientinnen und Patienten. Schon kleine Abweichungen können für die Patientinnen und Patienten schwere Folgen haben, weil sie bereits durch ein mitgebrachtes Leiden geschwächt sind. An die SPO wenden sich viele Patientinnen und Patienten, die glauben, dass bei einer Operation eine Sorgfaltspflichtverletzung vorgekommen ist. Diese Fehler sind einfacher nachzuweisen. Bei 70 Prozent der Klagen handelt es sich um eine Komplikation, mit der die Patientin, der Patient rechnen musste und nur bei 30 Prozent

um eine mögliche Sorgfaltspflichtverletzung, die weitere Abklärung verlangt.

Welchen Stellenwert hat heute die Patientensicherheit in der Ausbildung von Medizinern und Pflegenden?

Grundsätzlich wird in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte viel Fachwissen vermittelt, damit die Patientinnen und Patienten eine hohe Qualität erwarten dürfen. Wie Fehler explizit verhindert werden können, wird meines Wissens nicht gelehrt. Dazu fehlt die Selbstkritik der Dozenten. Die Stiftung Patientensicherheit bietet den Leistungserbringern sehr gute Kurse an, wie Fehler verhindert werden können. Sehr empfehlenswert sind auch die Broschüren, von der Stiftung Patientensicherheit herausgegeben, wie mit Fehlern umgegangen werden soll.

Was können der Patient und die Patientin zu einer Erhöhung der Patientensicherheit beitragen?

Der Patient kann sehr viel beitragen, indem er seine Selbstverantwortung nicht beim Arzt oder beim Eintritt ins Spital abgibt. Die Mit-Kontrolle von Medikamenten ist sehr wichtig. Wenn das Medikament nicht gleich aussieht wie am Vortag, sollte nachgefragt werden, weshalb. Vielleicht wurde die Dosis geändert, es könnte sich aber auch um eine Verwechslung handeln. Wenn ein Bein operiert werden muss, soll genau beobachtet werden, ob auch das richtige Bein angezeichnet und vorbereitet wird. Es kommt immer wieder vor, dass ein falsches Glied operiert wird. Mutige Patientinnen und Patienten können den Arzt auch auf die Hygiene aufmerksam machen, wenn er die Hände vor dem Untersuchen nicht desinfiziert. Es ist auch eine Broschüre von der Stiftung Patientensicherheit in Vorbereitung, die den Patienten abgegeben werden kann, damit sie im Spital mithelfen zu denken und sich zur Wehr zu setzen, wenn sie glauben, dass etwas nicht richtig läuft. Zur Patientensicherheit können Patientinnen und Patienten selber viel beitragen!

Die Fragen stellte Bernhard Stricker.



Margrit Kessler

Margrit Kessler, geboren 1948 in Luzern, ist gelernte Pflegefachfrau für Intensivpflege und Reanimation. Sie arbeitete über 20 Jahre in Teilzeit als Pflegefachfrau, vor allem auf der chirurgischen Intensivstation des Kantonsspitals St. Gallen und einige Jahre im Spital Neumünster Zollikerberg. Zusammen mit ihrem Ehemann nahm sie während des Vietnamkrieges als Krankenschwester an einem SRK-Einsatz im Kriegsgebiet Laos teil. Sie ist seit 1996 als Beraterin für die Stiftung SPO Patientenschutz tätig. Seit 1999 ist sie SPO-Präsidentin und Delegierte in vielen Kommissionen und Stiftungen.

Margrit Kessler ist mit dem Chirurgen Wolfgang Kessler verheiratet und hat vier erwachsene Söhne.

«Ich wollte nie als Einzelkämpferin tätig sein»



**Dr. med. Regula Bösiger, Biel,
Ärztinnen- und Ärztenetzwerk HAV Biel-Seeland**

Nach dem Studium der Humanmedizin an der Universität Zürich und der Ausbildungszeit in verschiedenen Spitälern erlangte ich im Jahr 2000 den Facharzttitel Innere Medizin FMH.

Im Jahr 2001 ergab sich die Möglichkeit, mich einer bereits bestehenden internistischen Praxis in Biel anzuschliessen, welche von einer Kollegin geführt wurde.

Ich wollte nie als Einzelkämpferin in einer Einzelpraxis tätig sein, die Doppelpraxis stellt für mich die ideale Form der Selbstständigkeit dar. Wir können uns fachlich austauschen, gegenseitige Vertretungen übernehmen und sind somit auch in der Freizeitgestaltung flexi-

bler. Unsere Patientinnen und Patienten schätzen es, wenn sie in Abwesenheit ihrer Hausärztin in der gleichen Praxis von der Stellvertreterin betreut werden. Für die Patienten ist die Kontinuität der Behandlung gewährleistet, was mir ein grosses Anliegen ist.

Einen Tag pro Woche arbeite ich im Lungen- und Schlafzentrum des Lindenhofspitals Bern, wo ich ambulante Patientinnen und Patienten betreue. Durch diese Tätigkeit werde ich mit der Medizin des Spezialisten konfrontiert. Dabei wird mir immer wieder bewusst, wie wichtig die Aufgabe des Hausarztes für die integrierte Versorgung ist. Es gibt immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen, umso wichtiger ist die Rolle des Hausarztes, welcher den Überblick behält. Der Spezialist kann nur so gut sein, wie die Zusammenarbeit mit dem Grundversorger funktioniert.

Eine weitere für mich interessante und herausfordernde Aufgabe ist die Ausbildung von Medizinstudenten, sei es im Rahmen von Vorlesungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern oder während der halbtägigen Praktika in der Praxis.

Regelmässig begleite ich zudem während 12 Wochen pro Jahr zusam-

men mit einer Physiotherapeutin eine Gruppe von Herzpatienten im Rahmen der ambulanten kardialen Rehabilitation in Magglingen. Diese Tätigkeit entspricht auch einem meiner Hobbies, nämlich Sport zu treiben und mich in der Natur aufzuhalten. Meinen Praxisalltag erlebe ich durch meine diversen Tätigkeiten als sehr abwechslungsreich. Dabei ist es mir aber auch wichtig, mich in meiner Freizeit mittels Sport und anderen Hobbies von meiner anspruchsvollen Arbeit zu erholen.

Schon seit Beginn meiner Praxistätigkeit bin ich Mitglied des Ärztenetzwerkes des Hausärztereins Biel-Seeland. Die Mitgliedschaft im Netzwerk ermöglicht mir, nebst der kollegialen Beziehung, auch einen fachlichen und persönlichen Austausch. Vor allem im Rahmen des regelmässig stattfindenden Qualitätszirkels schätze ich den regen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sehr. Das Netzwerk übernimmt zudem organisatorische Aufgaben, die mich in meinem Praxisalltag entlasten. Seit einigen Jahren bin ich im Vorstand dieses Netzwerkes tätig. Diese Arbeit ermöglicht mir, mich aktiv für das Wohl von uns Hausärztinnen und Hausärzten und für das Wohl der Patientinnen und Patienten einzusetzen.

«Kontakte zu den Ärzten am hiesigen Spital pflegen»



**Dr. med. Armin Brunner, Langnau i. E.,
Ärztinnen- und Ärztenetzwerk Oberes Emmental**

Nach einer breit gefächerten Ausbildung in den wichtigsten Spezialgebieten der Medizin wagte ich im Jahre 1992 den Schritt in die Selbstständigkeit und übernahm eine Einzelpraxis als Hausarzt in Langnau. Dabei ergänze ich die schulmedizinischen Behandlungen mit pflanzlichen Arzneimitteln, wenn solche von

den Patienten gewünscht werden. Als Sportarzt vermittele ich ihnen ausserdem das nötige Wissen, wie sie ihren Körper gesund erhalten können.

Seit Beginn meiner Tätigkeit ist es mir ein Anliegen, den Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten am hiesigen Spital und in der Region zu pflegen. Ich bin überzeugt, dass nur mit dieser Einstellung sowohl meine Patienten, im Notfalldienst sowie während Vertretungen auch diejenigen meiner Berufskollegen, eine optimale medizinische Betreuung erfahren können. Denn nur in einem Umfeld, das auf gegenseitigem Respekt und gemeinsamen Aus- und Weiterbildungen beruht, kann sich Medizin optimal entfalten.

Seit im Jahr 2005 das Ärztenetzwerk Oberes Emmental gegründet wurde, bietet mir die Mitgliedschaft in diesem Verein die Möglichkeit, meine bisherigen

Bestrebungen zu verbessern und auszubauen. Mit vereinten Kräften praktisch aller Ärzte im Oberen Emmental und Amt Trachselwald versuchen wir, nicht nur die ambulante, sondern auch die stationäre medizinische Grundversorgung für unsere Bevölkerung zu sichern, indem wir jungen Ärztinnen und Ärzten ein attraktives Arbeitsfeld bieten und uns für den Erhalt des Spitals in Langnau mit Wort und Tat einsetzen.

«Die Einzelpraxis wird kaum Bestand haben»



**Dr. med. Andreas Kuske, Bern,
Ärzt Netzwerk mednetbern**

Seit ziemlich genau 25 Jahren führe ich jetzt meine allgemein internistische Praxis an der Zähringerstrasse 45 in der Länggasse in Bern.

Nach einer gründlichen Ausbildung (als Assistent, Oberarzt und Spezialarzt für Innere Medizin hauptsächlich am Inselespital in Bern) hatte ich im Dezember 1985 die Gelegenheit, die Praxis von Dr. med. Hans Willener zu übernehmen. Ich durfte einen ansehnlichen Stamm von zum Teil schon älteren Patientinnen und Patienten übernehmen, von denen einige über 90 Jahre alt sind. Ich konzentriere

meine Arbeit als Hausarzt hauptsächlich auf die Quartiere Länggasse, Brückfeld und Stadtbach. Diese Arbeit bereitet mir immer noch jeden Tag viel Freude und Befriedigung.

Doch die Zukunft in der medizinischen Grundversorgung wird sich vermutlich grundlegend ändern. Die Einzelpraxis wird kaum Bestand haben, nicht weil sie nicht gut gewesen wäre, sondern weil kein Nachwuchs in Sicht ist. Man muss damit rechnen, dass in den nächsten 10 Jahren rund die Hälfte der jetzt noch existierenden Hausarztpraxen ohne Nachfolge schliessen wird, weil ihre Inhaber das Pensionsalter erreicht haben. Die junge Ärztegeneration mit einem Frauenanteil von über 50 Prozent ist nicht mehr bereit so zu arbeiten, wie wir uns das noch gewohnt sind. «Wir sind doch nicht blöd», sagen diese sich zu Recht, angesichts der Tatsache, dass ein Hausarzt heute weniger verdient als ein Primarlehrer. Der Arztberuf wird von der jungen Generation zunehmend einfach als Job angesehen und nicht mehr als Beruf oder sogar Berufung. Der Trend geht Richtung grössere Gruppenpraxen, welche auch eine Teilzeitanstellung erlauben.

Integrierte Versorgungsnetze (Managed-Care-Modelle) entstehen überall und werden von den Politikerinnen und Politikern als Instrument zur Bremsung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesehen.

Als Mitglied der Ärztenetzwerke mednetbern und centramed kann ich Managed-Care-Versicherte weiter betreuen. Die Versicherten verpflichten sich, zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen und verzichten auf den freien Zugang zum Spezialisten. Bekanntlich können wir Grundversorger gegen 90 Prozent der auftretenden Gesundheitsstörungen primär und abschliessend behandeln. Die restlichen Fälle überweisen wir gezielt an den richtigen Spezialisten und koordinieren die weitere Behandlungskette. Mein einziger Vorbehalt gegenüber den integrierten Versorgungsnetzen besteht in der Übernahme der Budgetmitverantwortung. Es darf nicht sein, dass unser medizinisches Handeln primär von Geldfragen und Spardruck geprägt wird, sondern die Patientin und der Patient müssen im Vordergrund stehen.

«Verbesserte Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen»



**Dr. med. Thomas Michel, Wilderswil,
Ärzt Netzwerk beodocs**

Nach dem Staatsexamen (1988) zog sich eine breite Ausbildung zum Grundversorger bis ins Jahr 2005. Dazu gehörten diverse Tätigkeiten als Praxisvertreter und Arzt beim Internationalen Komitee des Roten Kreuzes im Ausland. Seit 2000 bin ich selbständiger Grundversorger mit eigener Praxis in Wilderswil, die 2002 zur Gruppenpraxis mutierte, als meine Frau, Internistin und Notärztin mit langjähriger REGA-Tätigkeit, dazusties.

Seit 2006 teilen wir uns das Praxis-Pensum in je zwei gleiche Teile.

2003 war ich an der Gründung von beodocs, dem Ärztenetzwerk im Berner Oberland, zusammen mit Kolleginnen und Kollegen beteiligt. Zu den Zielen gehörten die Annäherung der Einzelpraxen untereinander und die Rationalisierung der Versorgung der Patienten ohne Rationierung. Wir starteten mit diversen kleinen Projekten: Verbesserung der Nahtstellen zur stationären Behandlung, gemeinsamer Einkauf von Medikamenten, Ausbildung von Jungärzten zu Grundversorgern, etc.

Bisher arbeitete das Netz für Patienten „im Hintergrund“. Der Nutzen für die Patienten ist kaum ersichtlich, da im ländlichen Gebiet wie dem Berner Oberland die Grundidee von Netzwerken (Managed Care resp. integrierter Versorgung) seit jeher bereits bestehen und funktionieren (z.B. der Grundversorger ist erste Anlaufstelle, er koordiniert die Behandlung). Der Nutzen liegt darin, dass die Patienten

schon immer von tieferen Kassenprämien (verglichen mit den städtischen Regionen der Schweiz) profitieren.

Dank den erfolgreichen Verhandlungen von beodocs im Sommer 2010 mit verschiedenen Kassen können die Prämiennachteile im Berner Oberland auch künftig angeboten werden. Patienten profitieren auch von den diversen Qualitätsprogrammen des Netzes (z. B. interne Besprechung unklarer medizinischer Probleme).

Für mich besteht der Nutzen eines Ärztenetzes vor allem in einer verbesserten Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen und dem Spital. Ausserdem besteht die Möglichkeit, die Alltagsprobleme der Praxis – vor allem auch im wirtschaftlich schwierigeren Umfeld – besser zu lösen (z. B. verbesserte Einkaufsbedingungen). Dazu kommen die Finanzierung einer Assistenzstelle für unsere Praxis via Netzwerk und die Schaffung vieler neuer Kontakte zu Kollegen auch ausserhalb der Region.

Impfen: Beat Schlatter ist noch unentschlossen – und Sie?



Dr. med. Jürg Schlup, Zollikofen

Im letzten Winter 2009/2010 suchten rund 300'000 Einwohnerinnen und Einwohner unseres Landes wegen Grippe ärztliche Hilfe. Praktisch alle der damals an Grippe erkrankten litten an der pandemischen Grippe. Diese im Volksmund Schweinegrippe genannte Erkrankung wurde vom Influenza-Virus A Typ H1N1 ausgelöst. Die Schweinegrippe verlief milde. Lediglich 570 Personen mussten hospitalisiert werden, 114 benötigten Intensivpflege und 20 starben. Impfstoff gegen die saisonale und gegen die pandemische Schweinegrippe war reichlich vorhanden und erzielte eine gute Schutzwirkung. Gegen die saisonale Grippe liessen sich im Herbst 2009 weit über eine Million Einwohnerinnen und Einwohner impfen. Die Impfung gegen die Schweinegrippe wurde deutlich weniger nachgefragt. Dies einerseits, weil die Schweinegrippe milde verlief

und andererseits, weil die Impfung wegen Nebenwirkungen – vorwiegend an der Injektionsstelle – bei der Bevölkerung Skepsis auslöste. Zudem erlebte die Bevölkerung die Kommunikation der Bundesbehörden als verwirrend und die Verteilung des Impfstoffes als unkoordiniert. Beides bremste die Impfwilligkeit zusätzlich. «Ich erwarte eine übliche Grippesaison», sagt Werner Wunderli, Chef des nationalen Influenzazentrums in Genf (www.influenza.ch). Nichts Aussergewöhnliches also, gemäss langjährigem Durchschnitt voraussichtlich 350'000 Grippekranke. Darunter werden sich auch an Schweinegrippe Erkrankte befinden, allerdings wird ihr Anteil kleiner sein als im Vorjahr. Im Gegensatz zum vergangenen Jahr schützt jetzt der saisonale Grippe-Impfstoff auch gegen die Schweinegrippe. Diese kombinierte Impfung enthält keine Hilfsstoffe, allfällige Nebenwirkungen werden deswegen gering sein.

Influenzaviren sind äusserst wandelbar; ihre Oberflächenmerkmale verändern sich ständig. Dies stellt das Immunsystem vor eine praktisch unlösbare Aufgabe. Es reagiert auf eine Infektion zwar mit der Bildung von Antikörpern, diese erkennen aber Erreger mit veränderten Oberflächenmerkmalen nicht mehr. Aus diesem Grund muss auch die **Grippe-Impfung jedes Jahr neu angepasst** werden.

Nationaler Grippe-Impftag am 5. November 2010

Am Freitag, 5. November 2010, ist Nationaler Grippe-Impftag! Dann führen die Organisationen der ärztlichen Grundversorger (KHM, SGAM, SGIM, SGP und FMP) bereits zum siebten Mal den Nationalen Grippe-Impftag für die ganze Bevölkerung durch. An diesem Aktionstag bieten die teilnehmenden Arztpraxen ohne Anmeldung und für einen Pauschalbetrag all jenen die Grippe-Impfung an, die nach dem Motto «Gemeinsam gegen Grippe» handeln möchten.

Neben Risiko-Personen (siehe Empfehlungen) kann die Grippe-Impfung auch von Personen in Betracht gezogen werden, die ihr Risiko für eine Grippeerkrankung aus privaten und/oder beruflichen Gründen vermindern möchten. Wünschenswert wäre, dass der Bundesrat – allen voran Gesundheitsminister Didier Burkhalter – eine solche Impfung durchführen lassen würde. Schön wäre, wenn sich auch Beat Schlatter dazu entschliessen würde – und natürlich Sie, liebe Leserinnen und Leser.

Die Impfung gegen die saisonale Grippe (2010/2011) wird empfohlen für:

- Personen mit einem erhöhten **Komplikationsrisiko** bei einer Grippeerkrankung:
 - Menschen ab 65 Jahren;
 - Personen (ab dem Alter von 6 Monaten) mit einer der folgenden chronischen Erkrankungen: Herzerkrankung; Lungenerkrankung (insbesondere Asthma bronchiale); Stoffwechselstörungen mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren (wie zum Beispiel Diabetes oder ausgeprägte Fettleibigkeit [BMI \geq 40]); Erkrankungen des Nervensystems (wie zum Beispiel M. Parkinson, Erkrankungen der Gehirngefässe) oder muskuloskelettale Erkrankung mit Auswirkung auf die Funktion von Herz, Lungen oder Nieren; Lebererkrankungen; ungenügende Funktion der Nieren; Personen ohne Milz oder Funktionsstörung der Milz (inklusive Personen mit Defekten des roten Blutfarbstoffes); Erkrankungen des körpereigenen Abwehrsystems (wie zum Beispiel HIV-Infektion, Krebs, Personen mit Therapien, welche die körpereigene Abwehr unterdrücken)
 - Schwangere Frauen ab dem 2. Drittel der Schwangerschaft und Frauen, die in den letzten 4 Wochen entbunden haben;
 - Frühgeborene (geboren vor der 33. Woche oder mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g) ab dem Alter von 6 Monaten für die ersten zwei Winter nach der Geburt;
 - Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen und in Einrichtungen für Personen mit chronischen Erkrankungen.
- Personen, welche in der Familie oder im Rahmen ihrer privaten oder beruflichen Tätigkeiten regelmässigen **Kontakt** haben mit:
 - Personen der **Kategorie a)** (siehe oben);
 - Säuglingen unter 6 Monaten (diese haben ein erhöhtes Komplikationsrisiko und können aufgrund ihres jungen Alters nicht geimpft werden).

Die Grippe-Impfung ist insbesondere empfohlen für alle Medizinal- und Pflegefachpersonen, alle im paramedizinischen Bereich tätigen Personen, Mitarbeitende von Kinderkrippen, Tagesstätten sowie Alters- und Pflegeheimen, inklusive Studierende sowie Praktikantinnen und Praktikanten.
- Personen mit beruflichem Kontakt zu Hausflügel, Wildvögeln oder Schweinebeständen (um das Risiko einer Entwicklung eines neuartigen Virus zu vermindern).
Die Grippeimpfung kann auch für alle Personen in Betracht gezogen werden, die ihr Risiko für eine Grippeerkrankung aus privaten und/oder beruflichen Gründen vermindern möchten.
www.grippe.admin.ch