



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

<http://www.aerzte-bl.ch>

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

«Complexity» und «continuous professional development» (CPD)¹

Dr. med. Bruno Kissling,
Allgemeine Medizin FMH, Bern

Lernen ist ein lebenslanger komplexer Prozess. Das Aneignen von Wissen genügt längst nicht mehr, um unser berufliches Können langfristig und mit hoher

¹ Der vorliegende Artikel ist durch den Workshop «Complexity and Primary Care» am WONCA-Europe-Kongress 2002 in London und durch die Lektüre des Artikels «Coping with complexity: educating for capability» [1] inspiriert worden.

Qualität in einem sich verändernden komplexen Umfeld anwenden zu können. Wie der zunehmend häufig verwendete Begriff CPD zeigt, beinhaltet Lernen neben der Vermehrung von Wissen und Kompetenz auch die Entwicklung unserer Persönlichkeit und inneren Haltung. Eine weitere für das Lernen zentrale Fähigkeit ist unser immerwährender Wunsch, unser Wissen und Können zu erweitern, Neues zu lernen (capability). Diese

→ Fortsetzung Seite 3

aus dem Inhalt

- **Checkliste: Stand der Tarmed-Vorbereitung im März 2003** 4
- **Das Kind «syndata AG» ist geboren – im Herbst wird es laufen können!** 6
- **Referendum gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs – immer noch ein Königsweg für die Ärzteschaft?** 8
- **Kinderschiff an der mubaplus 2003** 9
- **Basel tickt anders!** 10
- **Hausärztlicher Notfalldienst = beste PR** 12
- **Aus dem Vorstand** 13
- **Impressum** 15

Editorial

Mailitis – eine neue Infektionskrankheit?

Wie war man doch stolz, als man vor ein paar Jahren die Ankunft des ersten E-Mails feiern durfte. Jetzt war man mit so vielen wichtigen Leuten verknüpft, konnte schnell mal seine Meinung bekanntgeben, ein fachliches Problem einem Spezialisten schildern, ohne ihn lange am Telefon suchen zu müssen, in der Medline-Bibliothek etwas suchen und den Kollegen vom Qualitätskränzli mit einem Knopfdruck weiterleiten. Weil dieser Artikel so interessant war, erhielten ihn auch noch alle anderen im Adressbuch ent-

haltenen Kollegen. Alles wurde besser – nur die verfügbare Zeit vermehrte sich nicht. Erste Krankheitssymptome zeigten sich, als gewisse User begannen, nicht mehr täglich den elektronischen Briefkasten zu leeren, und andere bei Mails, bei denen sie sich als neunundzwanzigster auch noch auf dem Verteiler fanden, gar nicht wussten, worum es den aktiven Versendern eigentlich ging. Später kam es zu Rückenschmerzen, da die vielen eintreffenden Mails es erforderlich machten, den täglichen Spaziergang auszulassen und auf dem Bürostuhl auszuharren. Gewisse Erkrankte sollen auch an Gewicht verloren haben, da sie die Mahlzeiten ver-

passten. Also: eine schleichende Erkrankung, die wohl auf eine lange Inkubationszeit hinweist. Kann man da noch etwas dagegen tun? Man erinnere sich an die Zeiten, als der Briefträger auf seinem gelben Postvelo in von Ärzten bevorzugten Quartieren durch die vielen zu befördernden Prospekte besonders stark ins Schwitzen kam. Wo landeten alle diese Prospekte und Gratisheftchen, nota bene meist ungelesen? Im Altpapier! Macht man das gleiche mit den Mails, braucht es nur ein kleines Knöpfchen: X!

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Neugier gilt es als Zentrum allen Bestrebens zu fördern. Lernen ist demzufolge ein komplexer Prozess in einem übergreifenden Feld von Wissenschaft und Beziehung.

Lebenslängliches Lernen – ein komplexer Prozess

Das Wissen. Die Vermittlung und Aufnahme von Wissen allein genügt heute nicht mehr, um einen Beruf, vor allem auch den Hausarztberuf, mit der erforderlichen hohen Qualität und Verantwortung – unter ständiger Integration neuer Erkenntnisse und Anpassung an die sich verändernden Bedürfnisse der Patienten und der Gesellschaft – ein Leben lang ausüben zu können.

Die Kompetenz ist der nächste Schritt in Millers Lernpyramide (Abb. 1). Sie bedeutet die Fähigkeit, erworbenes Wissen in einer gegebenen modellhaften Situation – unter Standardbedingungen sozusagen – anzuwenden. Auch diese Fähigkeit genügt immer noch nicht, um in den vielfältigen Arbeitssituationen, denen wir in unserem Berufsalltag begegnen, die bestmöglichen Resultate erwirken zu können.

Die Performance ist der höchste Grad der beruflichen Fähigkeit. Sie bedeutet, sein Wissen und seine verschiedenen Kompetenzen im kommunikativen und technischen Bereich «virtuos» anzuwenden; unter Kenntnis und Wahrung der eignen Grenzen; unter Erkennen und Einbezug der kontextuellen Faktoren, welche die aktuelle – immer einzigartige, wenn nicht gar aussergewöhnliche – Situation in ihrem komplexen Umfeld mit beeinflussen.

«Capability» bedeutet die Fähigkeit und den Wunsch, neues Wissen zu generieren, seine beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten laufend zu erweitern sowie die Performance kontinuierlich zu verbessern. Sie steht noch über den drei vorgenannten Pyramidenstufen.

Lernen in der komplexen Zone

Vom linearen ... In den Anfängen des Lehrens und Lernens von Grundwissen können «lineare» Denkvorgänge, die in der «simplen» Zone (Abb. 2) angesiedelt sind, zugunsten des Verständnisses recht hilfreich sein – vorausgesetzt, dass sich Lehrende und Lernende der Vereinfachung der vermittelten Inhalte bewusst sind. Dabei werden die eher unsicheren Anteile und die unterschiedlichen Meinungen – aus der «komplexen» Zone – zum Lerninhalt bewusst nur angedeutet.

... zum non-linearen Prozess. Lernen – respektive das Aneignen von neuem Verhalten oder die Erweiterung von bisherigem Verhalten – spielt sich auf jeder Stufe der Lernpyramide im Kontext einer realen Lebenssituation und von gemachten Erfahrungen ab. In der Weiter- und Fortbildung befinden sich die bereits beruflich tätigen Lernenden auch in ihrem Berufsalltag in einem komplexen Umfeld. Infolge unterschiedlicher beruflicher Erfahrungswerte sind hier die gegenseitige Übereinstimmung und Sicherheit

deutlich kleiner. In diesem höheren Bereich der Lernpyramide führen deshalb in der Regel nur noch «non-lineare» komplexe Lernmethoden zur Erweiterung von Wissen, Kompetenz und Performance: z.B. interaktive Lehr- und Lernformen wie Lernen in Kleingruppen, «story-telling» entsprechend der «narrativen Medizin», problemorientiertes Lernen (PBL) usw. Es handelt sich dabei um prozessorientierte Vorgänge, wobei die Lernenden ihre eigenen Lernziele formulieren und sich das Ganze in einem Kreislauf mit

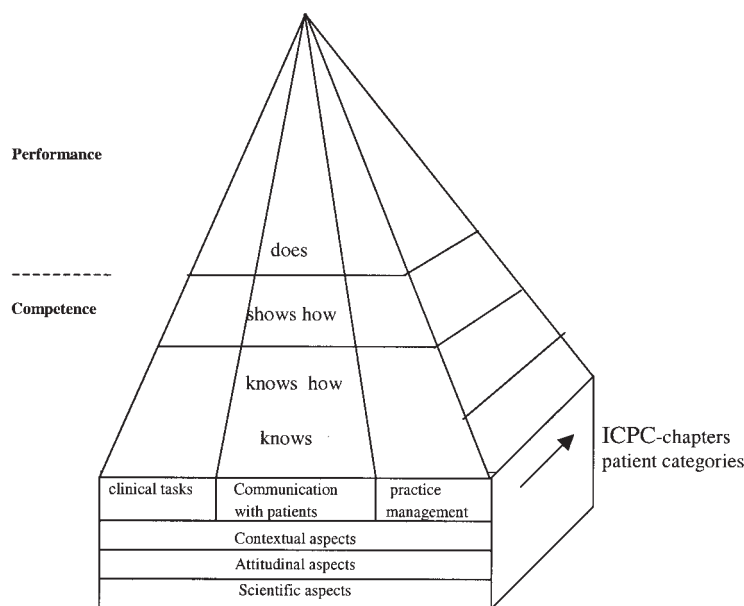


Abbildung 1. Millers Lernpyramide, Wechselwirkungen im Netzwerk der Kompetenzen. Aus «The European Definition of General Practice/Family Medicine», WONCA-Europe; mit vertieften Erklärungen zu finden auf der Website der SGAM: http://www.sgam.ch/pdf/Europ_Definition_GP_FM1.pdf oder http://www.ssmg.ch/pdf/Europ_Definition_GP_FM1.pdf.

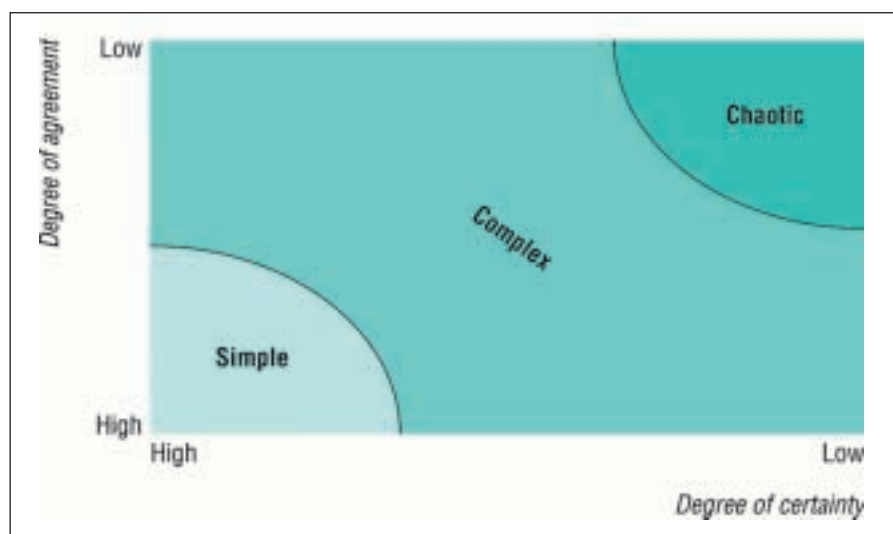


Abbildung 2. Sicherheit – Übereinstimmung (nach Stacey [3]). Aus: Greenhalgh T, Plsek PE. Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ 2001;323:625–8, mit freundlicher Genehmigung der BMJ Publishing Group.

Feedback, Reflexion und Konsolidation abspielt. Lehren und Lernen ist, wie aus dem soeben Gesagten ersichtlich wird, ein kommunikativer Prozess unter mindestens zwei oder meistens mehreren Menschen mit ihrem jeweils eigenen kontextuellen Hintergrund. Dies erklärt noch einmal, dass sich die Weiter- und Fortbildung von Menschen mit einer komplexen Berufserfahrung nur mit komplexen Methoden erfolgreich gestalten lassen dürfte.

Menschen lernen, weil sie sich ändern wollen – oder müssen? Und umgekehrt, Menschen und Systeme ändern sich, weil sie lernen. Erwachsene lernen am besten im sozialen Kontext, wenn das zu Lernende von unmittelbarer Relevanz ist, das heißt, wenn sie selber ein klar umschriebenes Lernziel kennen und bestimmen können. Dabei sind Lernziele mit rigidem eng vorgeschriebenem Inhalt als wenig lernfördernd möglichst zu vermeiden. Der Wunsch oder das Bedürfnis zu lernen ergibt sich somit aus der «capability». Das neu Gelernte soll das lernende Individuum oder System befähigen, sich an neue Situationen anzupassen oder sich mit ihnen zu entwickeln. Gleichzeitig soll

wiederum – die Spirale dreht sich eine Stufe weiter – die «capability» erweitert werden.

Ein moderner Experte ist nicht mehr derjenige, der viel Wissen gespeichert hat, sondern einer, der weiss, wie er Wissen effizient und gewissenhaft beschaffen kann, und der Verbindungen zwischen vordergründig unzusammenhängenden Gebieten herstellen kann. Für ein solches kontextuelles Verständnis ist es wichtiger, die Beziehung unter den Dingen zu verstehen, als Details über die Einzelheiten zu wissen.

Medizinische Guidelines als Experten-Richtlinien können erst in Aktion treten, wenn das zu behandelnde Problem klar definiert und eingegrenzt ist. Im hausärztlichen Berufsalltag kann eine gegebene komplexe Situation in ihrem komplexen kontextuellen Umfeld in der Regel nur mit Hilfe von Intuition und Imagination des behandelnden Arztes auf einen Punkt eingegrenzt werden, welcher einer Guideline zugänglich – «guideline-fähig» – ist. Eine sinnvolle Anwendung findet eine Guideline ohnehin nur dann, wenn sie die komplexen Interaktionen und den

Kontext der Situation der von einer Guideline betroffenen Kreise einbezieht. Und umgekehrt – je rigider sie sich versteht oder ausgelegt wird, je tiefer sie im linearen Bereich der «simplen» Zone steckt, desto eingeschränkter ist ihr Aktionsradius und desto schlechter ihre Akzeptanz.

Es bestehen keine diesen Artikel betreffenden Interessenskonflikte.

Dank

Wir danken dem Autor und dem Verlag für die Erlaubnis zum Abdruck dieses Artikels.

Quellenangabe

PrimaryCare 2003; 3:No 3–4 24.1.2003;44–46

Literatur

- 1 Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001;323:799–803.
- 2 Greenhalgh T, Plsek PE. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625–8.
- 3 Stacey RD. Strategic management and organizational dynamics. London: Pitman Publishing; 1996.

TARMED

Checkliste: Stand der Tarmed-Vorbereitung im März 2003

Dr. med. F. Rohrer, Dr. med. L. Wagner

Bis zur Einführung des Tarmed im «blauen Bereich» UVG/IV/MV dauert es nur noch rund zwei Monate. Bin ich mit meinen Vorbereitungen im Zeitplan? Die Synapse-Redaktion rät, im März folgendes zu überprüfen:

- Ist es nötig, dass ich den Tarmed in meiner Praxis bereits im Mai 2003 einführe, z.B. falls ich (fast) keine UVG-Patienten behandle? Kann ich mit dem

Abrechnen nach Tarmed während zwei bis drei Monaten zuwarten? Genügt für 2003 eine Übergangslösung, z.B. manuelles Abrechnen der UVG/IV/MV-Patienten oder Verarbeiten von Leistungsblättern durch die Ärztekasse? Kann ich einen Parallelbetrieb altes System im KVG-Bereich und neues System im «blauen» Bereich technisch durchführen?

- Habe ich mich mit meinem EDV-Lieferanten beraten, ob bereits jetzt Verän-

derungen an der Hardware notwendig sind? Habe ich dies in meinem Budget eingeplant?

- Kenne ich die in meiner Praxis zur Verrechnung gelangenden Tarmed-Positionen? Kann meine Fachgesellschaft mich bei der Auswahl der notwendigen Positionen unterstützen? Welche Blockpositionen sollte ich von meinem Software-Lieferanten einrichten lassen?

Das Kind «syndata AG» ist geboren – im Herbst wird es laufen können!

Franziska Mattes,
Projektleiterin Syndata AG
E-Mail: syndata@hin.ch

Mit der Gründung der syndata AG am 14. Januar ist der Eckstein für den Aufbau des TrustCenter beider Basel gelegt worden. Dieser läutet die Umsetzungsphase ein.

Ziel ist die Aufnahme des operativen Betriebes ab dem 1. September 2003. Das

TrustCenter wird zeitgerecht für die Tarmed-Einführung im KVG bereitstehen. Mit der Gründung der syndata AG geht die Verantwortung für die Umsetzung des Projektes an den Verwaltungsrat über. Er löst den bisherigen Lenkungsausschuss ab. Die Kontinuität und die Nähe zu den beiden kantonalen Ärztegesellschaften bleibt mit den Dres. Anne-Catherine Guex und Roland Schwarz ausreichend gewahrt. Zum Stolz über den erfolgreichen Ab-

schluss der Planungsphase kommen nun die Pflichten im Aufbau des TrustCenter. Dieser wird in 3 Phasen etappiert und – analog bisher – auf mehrere Schultern verteilt. Die Koordination und Leitung des Projektes wird weiterhin durch die Projektleiterin der NewIndex, Frau Franziska Mattes, sichergestellt.

Für den Aufbau des TrustCenter beider Basel sieht syndata folgende Schritte vor:

- Bis im Sommer liegt das Schwergewicht der Aktivitäten bei der Information und Promotion. Wir wollen die Akzeptanz von syndata weiter verbessern, die Anzahl Aktionäre und unser Aktienkapital erhöhen. Parallel werden die Vorbereitungen zur Aufnahme des operativen Betriebes nach dem Sommer getroffen. Dazu sind Büros zu mieten, geeignetes Personal zu rekrutieren und die notwendige technische Infrastruktur zu beschaffen.
- Nach dem Sommer beginnt die Test- und Pilotphase. Sie werden dann die «TrustCenter»-Fähigkeit ihrer Praxis gratis testen und sich persönlich ein Bild unserer Dienstleistungen machen können. Dazu werden wir allen Interessenten ab Ende Mai einen Dienstleistungs- und Anschlussvertrag zustellen, welcher die Rechte und Pflichten im Umgang mit den sensiblen Daten sauber regelt.
- Am 1. Januar 2004 tritt der Tarmed im KVG in Kraft. Bis dann wollen wir ein eingespieltes Team haben und startklar sein.

An dieser Stelle möchten wir uns beim Redaktionsteam der synapse herzlich bedanken. Sie haben uns grosszügig Gastrecht gewährt und während der Planungsphase die Kommunikation sichergestellt. Dafür bedanken wir uns sehr. Neu wird die syndata AG etwas eigenständiger «ticken». Wir werden Sie künftig mit unserem Newsletter «syndata Ticker» direkt über alles rund um das TrustCenter informieren. Nebst den Online-Informationen, natürlich.

syndataticker

1.02




Anne-Catherine Guex
Dres.

Roland Schwarz
Méd.

Liebe Leserinnen und Leser

Sie halten den Newsletter der syndata – des TrustCenter beider Basel – in Ihren Händen. Damit wollen wir Sie regelmäßig über die Entwicklung der syndata informieren.

In dieser Ausgabe erfahren Sie einiges über den Stand der Planung und die weiteren Schritte in der Umsetzung. Zudem gehen wir auf Fragen ein, warum ein TrustCenter die Position der Ärzteschaft stärken kann.

Warum wir das tun? Unser Name ist Programm. syndata steht für Synergie und Daten. Wir engagieren uns für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Wie hat sonst ein Interesse, die

Gründe der stetig steigenden Kosten zu erhalten? Wir wollen Synergien aus den Einzelpraxen erschliessen, um verbindliche Statistiken und Indikatoren über unsere Arbeit zu erheben. Wir wollen uns in Zukunft auf eigene Daten und Statistiken verlassen können. Und wir wollen nicht mehr länger alleine der Willkür der Statistiken Dritter ausgeliefert sein. Deshalb fordern wir Sie alle auf, syndata mitzutragen. Und danken Ihnen, wenn Sie es weiter sagen.

Dr. med. Anne-Catherine Guex, Basel
Dr. med. Roland Schwarz, Marly
Projektleitung syndata
syndata@hin.ch

Wieso ein TrustCenter?

Dass die Kostenverbund und die Tarifbindung von TARMED frühzeitig erkannt werden. Dass endlich Transparenz gegenüber den Versicherern geschaffen wird. Dass wir die eigenen Datenformen sind und unsere Verhandlungsposition gestärkt wird. Dass die Datenanliegen für allfällige Wirtschaftlichkeitsverfahren oder bei Aufhebung des Kostenvorgangsverbotes verbessert werden.

Daraus folgt, dass nur ein integriertes TrustCenter, mit der Möglichkeit zur autonomen Konsolidierung unserer Aufzeichnungen erfüllt. Daten, die nicht in einem integrierten TrustCenter gesammelt werden, sind nicht für uns wertvoll und werden.

syndata
Postfach
4101 Marly
syndata@hin.ch



In dieser Rubrik stellt die Synapse-Redaktion aktuelle gesundheitspolitische Themen zur Diskussion. Diese Texte stellen die Auffassung der Autoren, nicht aber die offiziellen Positionen der Herausgeber der Synapse dar.

Referendum gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs – immer noch ein Königsweg für die Ärzteschaft?

Dres. med. Franz Rohrer, Jörg Fritschi und Alexandra Prünte

Die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes ist durch die gescheiterte Schlussabstimmung auf der Strecke geblieben. Die knappe Mehrheit des Parlaments kam zur Ansicht, durch die vielen Kompromisse würde das Ziel der Revision, die Beeinflussung der Krankheitskosten und damit auch der Prämien, nicht mehr erreicht. Unter den erwähnten Kompromissen fand sich auch der Verzicht auf die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und damit das Recht jedes Patienten, frei seinen Arzt zu wählen. Bisher konnte sich jeder Patient, unabhängig davon, ob er seinen Hausarzt, einen Spezialisten oder eine Notfallstation mit der Beurteilung seines Problems beauftragte, darauf verlassen, dass seine Krankenkasse – und damit über den Risikoausgleich auch die Allgemeinheit – seine bezogenen Leistungen kommentarlos vergütete. Dieser Patient wäre für uns Ärzte doch der wichtigste Verbündete, wenn es darum ginge, ein Referendum gegen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zu gewinnen! Wie verlässlich bleibt aber dieser Verbündete, verunsichert von Medienberichten über «schwarze Schafe» unter den Ärzten, ineffektive Spitalverwaltungen oder die Gewinne der Pharmaindustrie? Wie wenig Massenpsychologie braucht es, bis wir nach einer verlorenen Referendumschlacht zur Rettung des Kontrahie-

rungszwangs erneut vor einem Scherbenhaufen sitzen?

Was denken die Politiker?

Seit der denkwürdigen KVG-Abstimmung im Nationalrat sind verschiedene Vorstösse lanciert worden. Die Führung des Eidg. Departements des Innern hat von einer aus dem gewerkschaftlichen Umfeld stammenden Genferin zu einem Walliser Radikalen gewechselt. Aus den Parlamentskommissionen hören wir immer klarere Signale: eine Auflockerung des Kontrahierungszwangs scheint – neben verschiedenen anderen Massnahmen – beschlossene Sache zu sein. Im Unterschied zu älteren Vorstössen scheinen aber die Folgen eines «Kassen»- statt Kontrahierungszwangs besser erkannt zu sein.

Was sollen wir Ärzte dazu denken?

Die Politiker sind unter Zugzwang. Als Ersatz für den verunglückten, aus der Angst vor einer Masseneinwanderung von EU-Ärzten geborenen, faktisch aber nur unsere jungen Kollegen diskriminierenden Zulassungsstopp und aufgrund der – aus verschiedenen Gründen weiter ansteigenden – Prämien muss bis im Jahre 2005 eine neue gesetzliche Regelung der Ärztezahleingeführt werden. Einziger gemeinsamer Nenner unter den verschiedenen politischen Strömungen ist wohl, dass die Zahl der Ärzte «irgendwie» kontrolliert werden muss, sei es mit Maximalzahlen pro Kanton oder pro Be-

völkerungszahl oder durch im Gesetz vorgeschriebene noch erlaubte Perzentilen der Behandlungskosten. Durch die bisher erfolgten Interventionen sowohl von seiten der Patienten wie auch der Ärzteverbände dürfte es den Politikern mittlerweile klar geworden sein, dass man die Kontrahierung nicht nur den Krankenkassen überlassen kann.

Welche Chancen hätten wir nach Aufhebung des Kontrahierungszwangs?

Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs könnte uns neue Handlungsfreiheiten bringen. Gelingt es uns, unsere Leistungen mit Hilfe der neu gegründeten TrustCenter zu dokumentieren, zu belegen, wie viel unsere – vielleicht teuren – Behandlungen an Spitaltagen oder Berentungen vermeiden, dann können wir die kurzfristigen und einseitig auf den ambulanten oder den stationären Sektor der Behandlungskosten fokussierten Berechnungen der Krankenkassen ad absurdum führen. Den Politikern müssen wir viel klarer sagen, dass die bisherige fragmentierte Kasselipolitik zu unnötigen Kostenverschiebungen führt. Vielleicht müssen wir im Rahmen von Netzwerken auch eine gewisse Budgetverantwortung übernehmen, dürfen dafür aber verlangen, uns in einem gewissen Rahmen unsere Vertragspartner selbst aussuchen zu können. Wie würde wohl eine Krankenkasse reagieren, die in mehreren Regionen nicht mehr vertreten ist, weil sie – anders als die Konkurrenz – keinen

für die Ärzteschaft akzeptablen Vertrag anbieten will? Solange nicht verbotene Preisabsprachen, sondern unterschiedliche Vertragsbedingungen Ursache nicht zustande gekommener Verträge sind, wird die Wettbewerbskommission diesen Krankenkassen kaum helfen können. Für spezielle Eingriffe wäre es möglich, die Kontrahierung so zu regeln, dass z.B. gewisse Fallzahlen für eine Operation gefordert werden. So könnten über Qualitätsvorgaben in Privatkliniken Zentren entstehen, die von einem Team von Belegärzten, also einem spezialisierten Ärztenetzwerk, betrieben würden. Wichtig ist, dass wir in den laufenden Kommissionsberatungen unsere Bedürfnisse (z.B. langfristige Verträge zum Schutz unserer Ausbildung und Investitionen oder Qualitätskriterien) anmelden. Den Politikern müssen wir die Zusammenhänge aufzeigen, wenn es um die finanzielle Integration der verschiedenen ambulanten, stationären und von Erwerbsausfall- und Invaliditätsversicherern zu erbringenden Leistungen geht. Andererseits gilt es aber auch, klare Grenzen zu setzen bei Massnahmen, die für die ganze Ärzteschaft zu

weit gehen und die sowohl unsere Behandlungsqualität wie auch unsere berufliche Motivation in ungebührlichem Masse beeinträchtigen könnten.

Was verlieren die Krankenkassen nach der Aufhebung des Kontrahierungszwanges?

Scheinbar werden den Krankenkassen nach der Aufhebung des Kontrahierungszwanges grosse Machtmittel in die Hände gelegt. Verschiedene Einschränkungen dieser Macht wird der Gesetzgeber unter dem Stichwort «Vermeidung der Zweiklassenmedizin» verfügen. Der Markt wird die Kassen mehr als uns Ärzte fordern: Ist die Beziehung zur Kasse so festgefügt, wenn sich der langjährige Patient und Versicherte nach Kündigung des Vertrages zu seinem selbst gewählten Arzt zwischen Kasse und Arzt entscheiden muss? Welche Chance hat eine einzelne Kasse, wenn ein spezialisiertes Behandlungszentrum den neuen Vertrag nicht mehr unterzeichnen will, obwohl die Konkurrenz schon lange die geänderten Bedingungen unterschrieben hat? Wird die Santésuisse – mit Ausnahme des

tariftechnischen Teiles – ihre Rolle als mächtiger Verhandlungspartner überhaupt noch behalten können, wenn die einzelnen Kassen in Konkurrenz zueinander mit regionalen, z.T. sich überlagernden Ärztenetzwerken Verträge abschliessen müssen? Es entstehen hier Chancen, die wir Ärzte durchaus nutzen können!

Und das Referendum?

Die Wege der Politik sind manchmal unsicher. Gerade die bereits erreicht geglaubte «Rettung» des Kontrahierungszwanges und die danach überraschend erfolgte Ablehnung durch den Nationalrat zeigen, dass wir wachsam bleiben müssen. Sollte es nicht gelingen, die unsererseits unabdingbaren Rahmenbedingungen im Gesetz festschreiben zu können, könnte plötzlich ein Referendum notwendig werden. Dennoch halten wir es für kurzfristig, sich auf den – nicht mit Sicherheit zu gewinnenden – Referendumskampf zur Verteidigung des Kontrahierungszwanges als einzige Option festzulegen.

Kinderschiff

Kinderschiff an der muba plus 2003

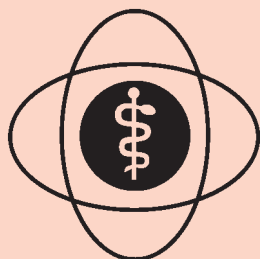
Dr. med. T. Eichenberger, Liestal

Das bewährte Kinderschiff ist wieder in See gestochen. Trotz einer generell schwach besuchten Messe vermochte der offizielle Kinderhütedienst der muba plus auch in diesem Jahr rund zweitausend Kinder zu begeistern und erlaubte den Eltern, ungestresst und in aller Ruhe die Messe zu besuchen.

Unter dem Patronat der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel wurde auf einer Fläche von 2000 m² ein spektakuläres Kinderparadies errichtet. Wiederum konnte der Verkehrskindergarten der Kantonspolizei Basel-Stadt ins Kinderschiff integriert werden.



Basel tickt anders!



**71. Jahresversammlung
der Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
Basel, 21.–23.5.2003
sowie Jahrestagung der
Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie
Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie
Sektion Klinische Pharmakologie und Toxikologie
Schweizerischen Hypertonie Gesellschaft**

*Prof. Dr. med. André P. Perruchoud,
Tagungspräsident*

Liebe Kolleginnen
Liebe Kollegen

Basel offeriert vieles: Einkaufszentren, Kultur und Universität, nicht alles so preisgünstig wie sich mancher wünscht! Doch im Mai bietet Basel für ÄrztInnen, ob in der Praxis oder im Spital, einen sicheren Hit, den **Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin: Mises à jour, Entwicklungstrends und Spezielles**, alles innerhalb von 3 Tagen – vom **21. bis 23.5.2003** – und dies vor Ihrer Türe im **Kongresszentrum Basel**.

Neuigkeiten bietet der SGIM-Kongress in Basel einige. Nicht nur die Universitätskliniken der Regio, sondern das Team Nordwestschweiz – Aarau, Basel, Bruderholz, Liestal, Pruntrut und Solothurn – teilen sich die Verantwortung für die Organisation. Drei praktizierende Internisten haben Einsitz im Wissenschaftlichen Komitee und prägen die Arbeiten so, dass Relevantes sicher Einzug ins Programm findet.

Ein besonderes Gewicht wird auf den **klinischen Track** gelegt. Dieser soll den zahlreichen KollegInnen aus der Praxis und dem Spital Gelegenheit geben, nicht nur das Neueste, sondern das Entscheidende zu erfahren:

Clinical year in review

Gastroenterologie, M. Heim, Basel; Geriatrie, C. Büla, Lausanne; Hämatologie, M. Duchosal, Lausanne; Infektiologie, M. Täuber, Bern; Innere Medizin, F. Martius,

Bruderholz; Kardiologie, O. Bertel, Zürich; Onkologie, M. Fey, Bern; und Pneumologie, T. Rochat, Genf.

Exponenten aus verschiedenen Fachgebieten der Medizin bieten einen Überblick über neueste wissenschaftliche und klinisch relevante Erkenntnisse ihres Faches. Sie können bei diesen Veranstaltungen Ihr fachspezifisches Wissen zeitsparend und auf attraktive Weise auf den neuesten Stand bringen.

Clinical pearls

R. Bingisser, Basel, D. Conen, Aarau, R. Krapf, Bruderholz, J. A. Schifferli, Basel, und W. Zimmerli, Liestal.

Chefärzte der Nordwestschweiz präsentieren einzelne ausgewählte Fälle, sogenannte «Rosinen» ihrer breiten klinischen Tätigkeit. Diese Veranstaltung erweitert Ihr klinisches Spektrum und wird Sie mit Spannung durch schwierige Differentialdiagnosen und Therapieentscheide führen.

Workshops mit 80 verschiedenen Themen

Praktizierende Grundversorger (v.a. Internisten) und Experten bearbeiten gemeinsam mit dem Publikum ein Thema in kleinen Gruppen von maximal 30 TeilnehmerInnen. Diese wohl interaktivste Fortbildungsform am Kongress erlaubt Ihnen, sich mit Spezialisten zu besprechen und auch Ihre eigenen Erfahrungen in die Diskussionsrunde einzubringen.

Highlights

Einige wenige Spots wurden offengelassen, sie werden dem sogenannten Last-minute-Angeboten zur Verfügung stehen.

Skill lab

Darüber hinaus wird ein **skill lab** für Auflockerung im dichten wissenschaftlichen Programm sorgen: Informatik, Blutdruckmessung (24 Std. und andere), Gastroskopie und Bronchoskopie, Inhalationstechniken, Prostatapalpation, Radiologie-Selbststudiumprogramme und Ergonomie am Arbeitsplatz. Ein bunter Strauss an Aktivitäten, eine Spielwiese mit einigen Experten am Rand der Wiese ...

Der diesjährige Kongress beginnt schon am Mittwoch, dafür fällt der Samstag weg. Ein starkes Argument für den Mittwoch in Basel ist für die PraktikerInnen die Möglichkeit, die **Sachverständigenprüfung im Strahlenschutz BAG** sozusagen als Apéro zur Jahresversammlung am 21.5., um 11.45 Uhr, zu absolvieren.

Schliesslich geben uns einige schweizerische Fachgesellschaften die Ehre und sorgen für Abwechslung im Programm: Geriatrie, Hämatologie, Hypertonie und klinische Pharmakologie/Toxikologie.

An den Abenden präsentieren wir ebenfalls Neuigkeiten: kein Gesellschaftsabend mehr, sondern die Möglichkeit zur Begegnung im engeren Freundeskreis, Zeit, um KollegInnen aus der ganzen Schweiz persönlich zu treffen, ein Sprung in die Praxis zu machen oder zum Abendessen zu Hause zu erscheinen. Alles so nah!

Wir freuen uns, Sie im Mai in Basel begrüssen zu dürfen. Der Kongress wird seine Versprechen halten, ihn zu verpassen hiesse eine moderne Weiter- und Fortbildung ungenutzt vorbeiziehen lassen!

Hausärztlicher Notfalldienst = beste PR

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

In einem meiner Notfalldienste wurde ich zu einem Patienten mit sechs Wespenstichen bei bekannter Wespenstichallergie gerufen. Sein Notfallset hatte er zuhause vergessen. Ich eilte hin, hielt unterwegs korrekt an zwei Rotlichtern. Der Patient lag erwartungsgemäss in einem anaphylaktischen Schock, tiefkomatös ohne Schmerzreaktion und Carotispuls, jedoch noch knapp atmend. Nach Injektion von Adrenalin und SoluCortef i.v. kam der Carotispuls und der Würgereflex langsam wieder. Inzwischen war auch die Ambulanz mit Blaulicht und Martinshorn eingetroffen und ich war froh, den Kollegen vom Sanitätsdienst den wieder vitaler werdenden Patienten zur weiteren Überwachung übergeben zu können.

Während des weiteren Notfalldienstes sah ich viele Ambulanzen mit Notfallsignalen an meinem Wohnort vorbei nach Riehen eilen, ohne dass ich als einziger Notfallarzt von Riehen deswegen ein Telefon erhalten hätte. Wieviele dieser Einsätze waren wohl Unfälle, die seit Jahrzehnten ohne Arzt direkt ins (Kantons-)Spital befördert werden? Wieviele waren Herzinfarkte oder Hirnschläge, für die ebenfalls die Empfehlung der sofortigen Direkteinweisung gilt? Wieviele waren aber Fehlalarme (einfache Kollapszustände, Angststörungen, Unpässlichkeiten), die nicht ins Spital gehören und beim Hausarzt klar besser aufgehoben wären, aber «sicherheitshalber» mitgenommen wurden? Offenbar läuft an den Hausärzten vorbei eine Mengenausweitung der teureren staatlichen Notfall-

dienste (Krankentransport und Notfallstation) auf Kosten des Marktanteils der Hausärzte.

Was sind die Gründe der Veränderung des Verhaltens der Bevölkerung bei Notfällen? Der Begriff «Notfall» wird deutlich weiter gefasst. 39 Grad Fieber oder Ohrenweh bei einer Grippe sind heute bereits ein Notfall, machen Angst und verlangen nach sofortiger Rettung. Auch die Angst, eine Pharyngitis (ohne Fieber) könne sich zu einer Angina entwickeln, reicht für ein Aufsuchen einer Notfallstation nachts um 2.00 Uhr, notfalls mit der Ambulanz. Meist ist das Motiv eben Verunsicherung und Angst, Emotionszustände, die zum übrigen Leben passen (unsichere Arbeitsplätze, «Rentenklausur», Entwertung des Alterskapitals, gefährdeter Weltfrieden) und die dann über den

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

Tel.: 061 723 14 00 • Fax: 061 723 15 00

leimapharm@datacomm.ch

«blauen Weg» auf Krankenkassenkosten ausgelebt werden. Diese Angst wird noch geschürt durch die unzähligen Darstellungen all der tollen medizinischen Leistungen in den Medien, wie sie heute möglich sind. Daneben kann eine hausärztliche Tätigkeit nicht glänzen mit noch so kompetentem Beraten, Trösten, Relativieren unnötiger Angst, Beistehen beim Durchstehen und Aushalten von unangenehmen Zuständen, an denen man auf der Mikro-Ebene nichts ändern kann. Höchstens eine erfolgreiche Soap-Opera um die Hausarztztätigkeit könnte ein gewisses Gegengewicht zu den derzeitigen, nur auf Leistungs-Konsum ausgerichteten Medienaktivitäten schaffen.

Krankentransport und Notfallstation machen bei dieser Mengenausweitung mit, denn erstens sind sie mit dem Erbringen von möglichst viel Leistung in einer Win-win-Situation mit dem Patienten. Zweitens sind sie nur so diagnostisch/therapeutisch auf der sicheren Seite und verringern ihr Risiko, etwas zu übersehen. Dabei stellt sich die Frage, ob die erbrachten Leistungen nötig waren, erst viel später oder überhaupt nicht.

Entsprechend werden die Mehrleistungen auch nicht mehr auf den erbrachten Nutzen untersucht, sondern als nötig ausgewiesen. Kein Regierungsrat und kein Grosse Rat wird sich getrauen, eine weitere Ambulanz oder ein neues teures Gerät auf der Notfallstation zu verweigern, wenn auf Grund der erbrachten Leistungen – ob sinnvoll oder nicht – ein nötiger Mehrbedarf nachgewiesen werden kann.

Diese Entwicklung ist bereits derart weit gediehen, dass der Kanton Basel-Stadt in seiner neuesten Broschüre «Notfall – Was tun, wenn ...» unter «... wenn ein medizinischer Notfall eintritt» empfiehlt, sofort Telefon 144 einzustellen. Die Nummer des Notfalldienstes der Ärzte und Apotheken (unsere 061 261 15 15) figuriert unter «weitere wichtige Nummern» neben dem Störungsdienst der IWB, der dargebotenen Hand und dem Sorgentelefon für Kinder/Jugendliche!

Zu einem Teil sind wir an dieser Entwicklung aber auch selber schuld. Die Bereitschaft, seine Patienten bei einem Notfall selber zu versorgen, hat bei einigen Kollegen abgenommen. Auch vor dem Not-

falldienst versuchen sich immer mehr zu drücken. Bei allem Verständnis für die Verärgerung darüber, dass in Basel-Stadt der Hausbesuch mit der Hälfte der Kosten eines Elektrikers, Sanitärs oder Schlossers entschädigt wird (Fr. 60.– gegenüber Fr. 120.–) und dass viele Notfallpatienten überhaupt nicht zahlen, ist der Notfalldienst doch ein hausärztliches Kerngeschäft und die beste Reklame, die jeder Hausarzt für sich und seinen Beruf in seinem Einzugsgebiet machen kann. Die Rahmenbedingungen des Notfalldienstes (adäquate Entschädigung des Hausbesuchs, Angleichung an die Vorteile der staatlichen Fahrzeuge im öffentlichen Verkehr im Falle eines Notfalls – beim Parkieren, beim Überfahren eines Rotlichts usw.) kann man erst mit Nachdruck diskutieren, wenn wir die Notfallversorgung der Bevölkerung auch tatsächlich sicherstellen.

*Am 21. Mai 2003 ist in der Mittenza
GAMBA-Generalversammlung.*

Aus dem Vorstand

Aus dem Vorstand BL

**GV der Ärztesgesellschaft
Baselland am Donnerstag,
5.6.2003, 15.00 Uhr.
Einladung folgt**

Notfalldienst

Veranlasst durch häufige Dispensationsgesuche und einen absehbaren Rückgang der Zahl notfalldienstpflichtiger Kolleginnen und Kollegen in nicht allzu ferner Zukunft, sieht sich der Vorstand gezwungen, unseren ambulanten Notfalldienst einer vorausschauenden Planung zu unterziehen. Derzeit werden diesbezügliche Abklärungen vorgenommen. Ziel ist, eine qualitativ hervorragende Dienstleistung zu vertretbaren Kosten und mit akzeptablem Aufwand anzubieten. Die Dienstpflicht bleibt dabei gemäss Gesetz und Statuten vorausgesetzt.

syndata AG

Das Trustcenter syndata AG ist gegründet worden. Es können jederzeit weitere Aktien gezeichnet werden. Bitte beachten Sie den demnächst erscheinenden «syndata ticker» und den Artikel in dieser Nummer. Kontaktaufnahmen unter syndata@hin.ch.

Preisanschreibpflicht für Medikamente

Wiederum ist kürzlich die Frage der Preisanschreibpflicht für Medikamente seitens eines Mitglieds aufgeworfen worden. Die Haltung des Vorstands stützt sich auf das Gutachten eines renommierten Anwaltsbüros in Zürich, welches zum Schluss kommt, dass die Medikamentenabgabe in der Arztpraxis nicht unter die Preisbekanntgabe-Verordnung fällt. Der Hauptgrund ist der, dass die Medikamentenabgabe in der Arztpraxis Teil der ärztlichen Heilbehandlung ist und

nicht ein Verkauf im üblichen Sinne. Zudem sprechen technische Schwierigkeiten, die sogar laut Preisbekanntgabeverordnung eine Ausnahme darstellen, gegen die Anschreibpflicht. Hingegen ist es notwendig, eine Liste der in der Praxis abgegebenen Medikamente oder zumindest die Spezialitätenliste im Wartezimmer aufzulegen.

TarMed kommt ...

Aktuell bestehen erste Kontakte mit Vertretern der Santésuisse Basel. Ziel ist ein Vertragsabschluss im Laufe der nächsten Wochen, möglichst noch vor den Sommerferien. Sobald die Verhandlungen abgeschlossen sind, wird der Vertrag der GV der Ärztesgesellschaft Baselland zur Genehmigung vorgelegt. Sollte es nicht auf die ordentliche Versammlung vom 5.6. reichen, wird eine ausserordentliche GV einberufen werden müssen. Danach muss der Vertrag von der Kantonsregierung genehmigt werden, wobei obligatorisch die Meinung des Preisüberwachers einzuholen ist. Dieser hat allerdings nur empfehlende Kompetenz. Geplant ist eine Einführung des TarMed-Tarifs im KVG-Bereich am 1.1.2004 in der ganzen

Schweiz sowohl ambulant wie stationär. Pro memoriam: Im UV/IV/MV-Bereich wird TarMed bereits am 1.5.2003 eingeführt.

Elektronische Abrechnung ist Pflicht – es geht aber auch ohne ...

Wer nicht willens ist, sich mit elektronischer Abrechnung herumzuschlagen, kann sich auch mittels Leistungsblättern behelfen. Diese müssen an eine Verarbeitungsstelle zur Umsetzung in elektronische Daten gesandt werden. Denn zwei

Jahre nach Einführung von TarMed, also voraussichtlich ab dem Jahre 2006, ist dies Pflicht. Die Ärztekasse teilt uns mit, dass sie diesen Service gerne anbietet.

TarMed-Schulung für Mitglieder der Ärztegesellschaft Baselland 24.4.2003

Am 24.4.2003, 13.30 Uhr, wird in der Mittenza erneut eine Schulung in Grundversorgerleistungen (Allgemeine Medizin, Innere Medizin, Pädiatrie) und in den entsprechenden

Röntgen- und Ultraschallpositionen sowie der Analysenliste für die Laborpositionen durchgeführt, aus Platzgründen nur für Mitglieder der Ärztegesellschaft Baselland. Referenten: Dres. R. Lejeune und R. Schwarz. Pro Praxis sind zwei TeilnehmerInnen möglich. Kosten Fr. 20.– pro Praxis. Anmeldeschluss 31.3.2003. Anmeldungen an das Sekretariat der AeGBL, fschwab@hin.ch oder Fax 061 976 98 01. Anmeldeformular liegt bei.

Aus dem Vorstand

Aus dem Vorstand BS

Tarmed: Einführung im Bereich UV/IV/MV per 1. 5.2003

Bekanntlich hat der Bundesrat am 30.9.2002 den Tarmed-Tarif zur Einführung empfohlen. Diese soll im Bereich KVG per 1.1.2004 und im Bereich UV/IV/MV bereits am 1.5.2003 erfolgen. Die MedGes-Mitglieder werden darum gebeten, sich auch mittels der gemeinsam verfassten Erklärung der Präsidenten der Ärztegesellschaft BL und der MedGes zu informieren (siehe Synapse, Ausgabe 1/2003, S. 17).

Sekretariat

Der Vertrag der MedGes mit Dr. Peter Buss läuft per 31.12.2003 aus. Der Vorstand der MedGes hat sich intensiv mit Fragen der zukünftigen Geschäftsleitung auseinandergesetzt. Es wurde ein Ausschuss gegründet (Mitglieder sind: R. Marelli, L. Heuss und B. Rinderknecht), der sich um die Errichtung eines eigenen Sekretariats und die Suche des notwendigen Personals kümmert. Am Wochenende vom 15./16.2.2003 wurde die Stelle eines/r neuen Geschäftsführers/-in resp. Sekretärs/-in per Inserat in der Presse ausgeschrieben (s. nebenstehenden Inseratext).

Das Projekt wird an der nächsten MedGes-Mitgliederversammlung vom 27.3.2003 näher vorgestellt.



Die Medizinische Gesellschaft Basel ist der Berufsverband der im Kanton Basel-Stadt tätigen Ärztinnen und Ärzte und die kantonale Basisorganisation der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Die Mitglieder repräsentieren die überwiegende Mehrheit der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sowie einen grossen Anteil der Spitalärzteschaft. Die Medizinische Gesellschaft vertritt die beruflichen und wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder und setzt sich für den Erhalt eines sozialen, den Regeln der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit verpflichteten freien Gesundheitswesens ein. Sie wehrt sich gegen Tendenzen eines schleichenden Leistungsabbaus und des Ausschlusses sozial benachteiligter Patienten.

Für den Neuaufbau und die Führung einer Geschäftsstelle suchen wir auf spätestens 1. Oktober 2003 oder nach Vereinbarung

eine/n hauptamtliche/n

Geschäftsführer/-in (Sekretär/-in)

Von einer Persönlichkeit für diese herausfordernde und verantwortungsvolle Position erwarten wir ausgewiesene Kenntnisse des gesundheitspolitischen Umfeldes inklusive KVG und Tarifierungswesen (Tarmed) sowie Erfahrung in Verbandsmanagement. Unabhängig von Ihrer ursprünglichen Ausbildung vereinen Sie idealerweise die für diese Position nötigen juristischen, betriebswirtschaftlichen und medizinischen Kenntnisse.

Voraussetzungen sind Kommunikations- und Konfliktfähigkeit mit Verhandlungserfahrung und -geschick. Der Umgang mit moderner Informationstechnologie und die Bereitschaft zu einem vernetzten Denken und Handeln über die Kantonsgrenzen hinweg sind selbstverständlich. Sie unterstützen und ergänzen die Arbeit des Präsidenten und des Vorstands und sind direkter Ansprechpartner der Mitglieder für zahlreiche Verbandsdienstleistungen. Wir bieten eine längerfristige Perspektive, persönlichen Gestaltungsfreiraum und attraktive Bedingungen.

Ihre Bewerbungsunterlagen (ggf. ergänzt mit einer kurzen Ideenskizze) richten Sie bis zum 15. März 2003 an:

Dr. med. Ludwig T. Heuss
z. Hd. Vorstandsausschuss MEDGES
Sonnenweg 15, 4052 Basel

Für Rückfragen steht das obengenannte Vorstandsmitglied zur Verfügung unter Nummer 061 265 46 58 (vorzugsweise zwischen 12.30 und 14.00).
E-Mail: ltheuss@hin.ch



TrustCenter/syndata AG

das TrustCenter der Ärztesellschaften BL und BS, ist am 14.1.2003 offiziell gegründet worden. Sitz der Firma ist Muttenz. Um bei der Einführung von Tarmed im KVG am 1.1.2004 voll operativ zu sein und so die Phase der Kostenneutralität im Sinne der Ärzteschaft nutzen zu können, ist es von zentraler Bedeutung, über ein ausreichendes Aktienkapital zu verfügen und genügend Kolleginnen und Kollegen zum Mitwirken bewegen zu können. Den Mitgliedern wird sehr ans Herz gelegt, sich mittel des **syndata**-Tickers auf dem laufenden zu halten. Für weitere Auskünfte stehen auch die **syndata**-Verantwortlichen (Dres. med. Anne-Catherine Guex, Basel, und Roland Schwarz, Muttenz) gerne zur Verfügung. Stichwortartig seien die Vorteile von **syndata** nochmals wiederholt:

Für den einzelnen Arzt bringt die Zusammenarbeit mit **syndata** einen verlässlichen Praxisspiegel. Die ärztlichen Daten sind lange vor dem Erscheinen der santésuisse-Zahlen erhältlich, und zwar nicht nur die eigenen Daten, sondern auch die anonymisierten Auswertungen des Vergleichskollektivs auf regionaler und/oder nationaler Ebene. Mit den ärztlichen Daten existieren Verhandlungsargumente von grundlegender Be-

deutung, sei es bei Wirtschaftlichkeitsverfahren oder – in Zukunft wohl noch wichtiger – bei Auseinandersetzungen zum Thema Vertragszwang respektive Vertragsfähigkeit.



Patientenberatungsstelle (PABS)

Am 4.2.2003 fand eine Sitzung über eine mögliche regionale Vernetzung der PABS statt. Es nahmen Vertreter weiterer nordwestschweizerischer Kantone teil. Eine regionale Vernetzung ist nötig, damit die gebotene sachliche bzw. persönlich unabhängige Vorgehensweise über die Kantongrenzen hinweg in jedem Fall ge-

währleistet bleibt, sich genügend spezifisch qualifizierte Kolleginnen für die Fallbearbeitung finden, genügend SupervisorInnen zur Verfügung stehen und der Stadtkanton nicht im Alleingang eine Zentrumsfunktion ausübt, wo sich gemeinsames Vorgehen empfiehlt. Finanzierungsfragen liessen sich durch regionale Zusammenarbeit einfacher lösen. Die PABS-Nummer 061 279 91 49 wird schon heute von der MNZ! 061 261 15 15 betreut, welche in der Nordwestschweiz bekanntlich eine überregionale Funktion erfüllt. Die Hälfte der in der PABS betreuten Fälle stammen aus den Nachbarkantonen.

Rechnungsstellerstatistik 2000/01 (ehemals «Konkordatsstatistik»)

Die Rechnungsstellerstatistiken für die Jahre 2000 und 2001 stehen für die Mitglieder der Ärztesgesellschaft BL und der Medizinischen Gesellschaft BS bei der santésuisse Basel zur Verfügung.

Gemäss Abklärungen mit dem Eidg. Datenschutzbeauftragten dürfen die Statistikdaten nur dem Gesuchsteller persönlich abgegeben werden. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, ihre persönlichen Statistikdaten bei der santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, CH-4002 Basel, schriftlich anzufordern. Bitte beachten: 1. Die ZRS-Nr. (=«Konkordatsnummer») vermerken; 2. rückadressiertes und frankiertes Couvert beilegen.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
4415 Lausen, frohrer@hin.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (fr, Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin, (ci) Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Benjamin Pia (bp), Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Frau Dr. med. Alexandra Prünke (ap),
Fachärztin für Ophthalmologie FMH

Dr. med. Lukas Wagner (lw),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise:

erscheint acht Mal jährlich

Inseratenregie

pharma media promotion
K. Hess
Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2
Tel. 041 760 23 23

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.



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Frau Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Picassoplatz 4, 4052 Basel
Tel. 061 278 93 80, Fax 061 278 93 96
E-Mail: medges@nonprocons.ch