



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

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Mental Health – ein Wirtschaftsfaktor

Gekürzte Version eines in der NZZ vom 6.2.2003 erschienenen Artikels

Von Dr. med. Heiner Lachenmeier, Präsident der FMPP, des Dachverbandes der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGP) sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

und Psychotherapie (SGKJPP); hlachenmeier@hin.ch

Unbehandelte psychische Erkrankungen verursachen neben grossem Leid auch beträchtliche volkswirtschaftliche Einbussen. In der ambulanten und stationären Ver-

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- **Gesundheit muss bezahlbar bleiben – aber nicht so!** 4
- **Rauchen ruiniert Schönheit** 6
- **Lehrlingsausbildung: ein Gebot der Stunde** 8
- **Faire Pauschalabgeltungsmodelle: Thurgauer Morbiditätsindikator** 10
- **Die Psychoanalyse, die Forschung und die Praktiker** 12
- **Geriatric, was ist das?** 15
- **TarMed-Info** 16
- **Aus dem Vorstand BL** 16
- **Aus dem Vorstand BS** 18

Editorial

Die aktuelle Ausgabe der Synapse enthält wie gewohnt eine Anzahl von Beiträgen, die sich eingehender mit wirtschaftlichen Aspekten unseres Arztberufes befassen:

In seinem Leitartikel «Mental Health – ein Wirtschaftsfaktor» antwortet Heiner Lachenmeier auf das Faktum beunruhigender Versorgungslücken im Mental-Health-Bereich mit seinem Entwurf abgestufter Massnahmen, denen volkswirtschaftlich gesehen ein hoher Spareffekt zukommen könnte. Wenn es kluger Politik gelänge, die Bereitschaft zur Kooperation zwischen den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Hausarztmedizin und Psychologie zu fördern, liesse sich die Mental-Health-Versorgung in unserem Land deutlich verbessern. Es versteht sich, dass Zulassungsstop und Aufhebung der Vertragsverpflichtung im Mental-Health-Bereich eine den Bedürfnissen der psychisch und psychosomatisch leidenden Bevölkerung diametral entgegengesetzte Realität schaffen würden.

Der Kongressbericht über die internationale Basler Forschungstagung «Die Psychoanalyse, die Forschung und die Praktiker – Ergebnisse, Folgen, Aussichten» weist auf einen erfreulichen Mental-Health-Bereich hin, nämlich auf messbare Effekte hochfrequenter Langzeittherapien, welche laut umfangreichen Nachuntersuchungen überraschend häufig die Minderung von Symptomen bis zur Wiedererlangung von Arbeits-, Beziehungs- und Genussfähigkeit bewirkt haben, längerfristig also die Reduzierung von Gesundheitskosten. Die folgende Formel ist daher richtig: hochfrequente Langzeittherapien wären ein Wirtschaftsfaktor mit hohem Sparpotential. Die aktuellen Artikel über den Thurgauer Morbiditätsindikator TMI zeigt indessen, dass auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens Optimierungsmöglichkeiten und Sparpotential gründlich ausgelotet werden. Wenn der gesundheitsökonomische Diskurs dabei von Wirtschaftlichkeit, Budgetverantwortung oder noch sachlicher von verbesserter Transparenz der Strukturen und Abläufe spricht, zeigt der

Rotstift jeweils mit stereotyper Selbstverständlichkeit auf ... uns Ärztinnen und Ärzte!

Eher beruhigend also, dass das ärzteigene Trustcenter beider Basel, die Synadata AG, unsere ärztliche Tätigkeit dank eigener Daten nachvollziehbar machen wird. Durch die bald erreichbare Datenparität werden ärzteigene Daten zusätzlich zu den Daten der Kostenträger als Basis für die gesundheitspolitische Diskussion zur Verfügung stehen. Dies wird es allen Beteiligten möglich machen, unser ärztliches Sparpotential realistischer zu beurteilen. Es ist wohl denkbar, dass besagter Rotstift, von der gesundheitspolitischen Korrosion der letzten zwanzig Jahre bald befreit, sich auch vermehrt auf seine ursprüngliche Beweglichkeit besinnen wird. Diese umfasst die ganzen dreihundert-sechzig Grad des Kreises.

Dr. med. Benjamin Pia,
Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
Basel

sorgung bestehen bedenkliche Engpässe, die sich in den nächsten Jahren noch akzentuieren werden. Durch eine Aufteilung in «kurzfristig-antiepidemische» Massnahmen und in die mittelfristige Förderung der notwendigen, spezifischen Versorgungsstrukturen könnten die Kräfte gebündelt werden. Dazu sind auch politische Entscheide notwendig.

Zurzeit präsentieren verschiedene Seiten Überlegungen zum Gesundheitswesen, z.B. die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, Credit Suisse und politische Parteien. Der Bereich Mental Health wird dabei meist nur marginal berührt. Löbliche Ausnahme bildet das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» von Bund und Kantonen. Dort wird die Mental Health als einer der prioritär zu behandelnden Bereiche des Gesundheitswesens behandelt.

Beunruhigende Fakten

Der Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen nimmt zu, und das vom jüngsten Bevölkerungsegment bis zur Psychogeriatric. Bei der berufstätigen Bevölkerung ist bereits heute ein nicht zu unterschätzender Einfluss auf die Volkswirtschaft festzustellen. WHO und ILO beziffern die unternehmerischen Kosten allein von Depressionen am Arbeitsplatz für Nordamerika und Europa auf 120 Milliarden Dollar pro Jahr. Zwei Drittel fallen auf Produktivitätseinbussen, der Rest vorwiegend auf krankheitsbedingte Arbeitsabwesenheit.

Beispiel depressiver Erkrankungen

In der Schweiz kommt es jährlich zu 100 000 Neuerkrankungen, und weit über 1000 Menschen sterben durch Suizid, mehr als doppelt so viele als durch Verkehrsunfälle.

Diese epidemiologischen Zahlen machen klar, dass die 2000 Psychiater nicht alle Betroffenen behandeln können, geschweige denn alle weiteren psychisch Erkrankten. Die Hausärzte und Psychologen sind ebenfalls gefordert. Doch während die Hausärzte psychopharmakologisch bewandert sind, fehlt ihnen meist die psychopathologische und psychotherapeutische Ausbildung. Umgekehrt fehlt den Psychologen das medizinische und psychopharmakologische Wissen. Der Mangel an Psychiatern wird sich verschärfen, denn immer weniger Studienabgänger spezialisieren sich in Psychiatrie und Psychotherapie.

Wege aus dem Engpass

Es gilt angesichts dieser Lage, den «optimal auf den einzelnen Erkrankten massgeschneiderten Behandlungen» die «kurzfristig-antiepidemischen Massnahmen» entgegenzusetzen. Und es gilt, eine Strategie zu entwickeln, mittelfristig die optimale Behandlung allgemein zugänglich zu machen, wie dies in anderen Bereichen der Medizin üblich ist.

Unter antiepidemische Massnahmen fallen Initiativen wie z.B. das «Nürnberger Bündnis gegen Depression». Hier stehen die Information der Öffentlichkeit, die Sensibilisierung für das Vorliegen eines depressiven Leidens und ein niederschwelliger Zugang zur Behandlung im Vordergrund. Es werden relativ einfache diagnostische und therapeutische Hilfsmittel verwendet, die u.a. durch die Hausärzte eingesetzt werden können. Der Vorteil liegt in einer höheren Behandlungsrate und einer schnellen Breitenwirkung, die sich in der Senkung der Suizidrate sowie der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit niederschlagen.

Diesen Vorteilen stehen Nachteile gegenüber: Die Behandlungen sind relativ unspezifisch. Es besteht eine vermehrte Gefahr für Fehlbehandlungen (z.B. auf Grund von Unschärfen in der Diagnostik). Die psychotherapeutische Hilfe kann verzögert werden. Und schliesslich kann eine passive Haltung von Patienten verstärkt werden. Nicht zuletzt ist vor der Illusion zu warnen, antiepidemische Massnahmen seien auf Grund ihrer schnellen Erfolge eine ausreichende Strategie zur Bewältigung der Volkskrankheit Depression.

Mit massgeschneiderter Behandlung sind die optimal auf den einzelnen Erkrankten zugeschnittene Diagnostik, Indikation und Behandlung nach dem «state of the art»-Prinzip gemeint. Dazu gehört unabdingbar auch die psychotherapeutische Arbeit an den zugrundeliegenden Konflikten und an den Verhaltensstrukturen – eine wesentliche Arbeit für eine gute Psychiatrie. Diese kombinierte Aufgabe fällt in die Verantwortung der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

Fehlende Kapazitäten, Nachholbedarf

Hausärzte sind oft die erste Anlaufstelle depressiver Patienten. Wenn mit einfachen Massnahmen wie Antidepressiva und stützender Betreuung ein guter Erfolg erreichbar ist, kommt das einer antiepidemischen Massnahme gleich. Tritt

kein schneller Erfolg ein, muss frühzeitig die Rücksprache mit dem Psychiater erfolgen, insbesondere wenn Arbeitsunfähigkeit droht. Wenn immer möglich, soll in gemeinsamen Qualitätszirkeln die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten gesucht werden.

Psychotherapie und integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen müssen durch die entsprechend ausgebildeten Fachleute erfolgen. Das sind die Psychiater sowie, für Psychotherapie, auch die qualifizierten nichtärztlichen Psychotherapeuten. Die Leistungen letzterer werden zurzeit nur im Falle der delegierten Psychotherapie durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet.

Integrierte Behandlungen können auch durch Ärzte erfolgen, die sich psychiatrisch/psychotherapeutisch aus- und weitergebildet haben, ohne über den Facharzttitel zu verfügen. Bei chronischen Verläufen, wenn die kurativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sind neben den Psychiatern auch die Hausärzte unentbehrlich.

Der Bereich Mental Health wurde jahrzehntelang und weltweit als Stiefkind der Gesundheitspolitik behandelt. Eine Vernachlässigung, die zu eklatanten Versorgungsmängeln geführt hat. Gerade die Hausärzte wissen ein Lied davon zu singen, wie schwierig es ist, für Überweisungen einen Platz bei einem Psychiater zu finden. Eine Aufbauarbeit mit dem Ziel, dass jedem psychisch Erkrankten in nützlicher Zeit die optimale Behandlung zuteil werden kann, tut not.

Die Politik ist gefordert

Die Politik muss diese Problematik wahrnehmen und zügig entsprechende Entscheide fällen.

Ohne eine ausreichende Anzahl von Fachleuten und institutionellen Einrichtungen sind keine Massnahmen möglich, weder kurz- noch mittelfristig. Im Bereich der Psychiater besteht ein folgenschwerer Nachwuchsmangel, der den ungünstigen Arbeitsbedingungen, der hohen Belastung bei niedrigem Sozialprestige und den vergleichsweise schlechten Verdienstaussichten zuzuschreiben ist. Das gleiche Problem stellt sich beim psychiatrischen Pflegepersonal. Hier gilt es, deutliche Anreize zu schaffen, sowohl für die Klinik- wie für die Praxispsychiatrie.

Es müssen Wege gefunden werden, gemäss bestimmten Ausbildungskriterien die qualifizierten, nichtärztlichen Psy-

chotherapeuten (im speziellen die Fachpsychologen für Psychotherapie) durch die Krankenkassen zu vergüten. Insbesondere sind die Bedingungen in klinischer Ausbildung zu definieren. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren muss gefördert und geregelt werden. Das bedingt neben einem Anreizsystem für gemeinsame Qualitäts-

zirkel auch die Festlegung der Entscheidungsbefugnisse anhand der unterschiedlichen Qualifizierungen. Vielleicht schafft die gegenwärtige Not-situation den notwendigen Druck, damit die Konkurrenzsituation zwischen Psychiatern, Hausärzten und Psychologen überwunden werden kann und jede Berufsgruppe ihren Platz in der Mental-

Health-Politik kooperativ einnimmt. Die Bereitschaft dazu kann durch kluge Politik gefördert werden.

Quelle: Neue Zürcher Zeitung, Ressort Inland, 6.2.2003, Nr. 30, Seite 14

Politik

Gesundheit muss bezahlbar bleiben – aber nicht so!

NEIN zur SP-Gesundheitsinitiative

Dr. med. Lukas Wagner, Präsident der Ärztesellschaft Baselland

Die Initiative der SP will mit einem Lockvogeltitel einen grundlegenden Systemwechsel zur Finanzierung des Gesundheitswesens herbeiführen. Abgesehen davon, dass mit einer Finanzierung aus der Mehrwertsteuer sowie einkommens- und vermögensabhängigen Anteilen kein Franken gespart wird, fielen gleich noch alle Sparanreize weg. Jahrelanger Einsatz der Ärzteschaft für kostengünstige Hausarztmodelle wäre vergebliche Mühe gewesen, frei wählbare Franchisen würden der Vergangenheit angehören. Das ambulante Globalbudget wäre eine zwingende Folge. Ganz nebenbei sollen weitreichende Planungskompetenzen an den Bund delegiert werden, was die regionale Spitalplanung erschweren wird und den Föderalismus gefährdet. Wir haben Wichtigeres zu tun, als diese riesige Umverteilungsübung durchzuführen, die niemandem nützt und Ressourcen bindet, die für strukturelle Reformen unseres Gesundheitswesens besser eingesetzt werden könnten.

Einführung des Globalbudgets durch die Hintertür: nein!

Werden die Gesundheitskosten derart vom Verursacherprinzip abgekoppelt und an Mehrwertsteuerprozente, Einkommen und Vermögen geknüpft, wird die Finanzierung medizinischer Behand-

lungen von politischen Faktoren abhängig, die überhaupt nichts mit Gesundheit zu tun haben. Das Gesundheitswesen könnte Spielball politischer Machtspiele werden, die völlig systemfremd sind. Da die Mehrwertsteuer ein hochpolitisches Thema ist, wäre das Gesundheitswesen bei jeder anstehenden Änderung gewollt oder ungewollt mit im Spiel. Daraus müsste sich zwingend die Forderung nach einem Globalbudget ableiten, um mit den andern durch die Mehrwertsteuer finanzierten Ausgaben im Einklang zu bleiben.

Rationierung – immer nur für die sozial Schwächsten

Die Zweiklassenmedizin würde mit dieser Initiative regelrecht herbeigerufen. Denn das vermutlich unausweichliche ambulante Globalbudget erzeugte einen immensen Spardruck, der vor allem die sozial Schwächeren treffen würde. Dies würde der impliziten, d.h. unausgesprochenen, versteckten Rationierung Vorschub leisten. Im Klartext: Nicht mehr alle Patienten könnten sich alle medizinisch notwendigen Massnahmen leisten. Im Alltag in Praxis und Spital führte das zu meist ungerechten, aber unumgänglichen Entscheidungen, die letztlich an uns Ärztinnen und Ärzten «hängen» blieben ...

Wir haben Wichtigeres zu tun!

Statt sich um Kostensteuerung, Optimierung von Behandlungspfaden, Rationalisierung, Förderung der Möglichkeiten

der modernen Informationstechnologie und Qualitätsförderung auf allen Ebenen zum Nutzen der Patienten zu kümmern, würden unglaubliche Ressourcen für die grösste bürokratische Finanzumverteilungsübung, welche die Schweiz je gesehen hätte, verschleudert. Wir haben Wichtigeres zu tun, als auf Kosten der Kranken in unserem Lande Finanzpolitik zu betreiben!

Rauchen ruiniert Schönheit

Lic. phil. | Michèle Bowley, Leiterin der Fachstelle Tabakprävention der Lungenliga beider Basel

Schönheit ist kein selbstverständliches Gut. Wir können das, was wir von der Natur empfangen haben, pflegen oder ruinieren. Wer raucht, zerstört all seine Bemühungen, schön zu sein. Denn Rauchen verschlechtert die Durchblutung im Körper – und diese ist eine zentrale Voraussetzung für vitale Schönheit.

Rechtzeitig zum internationalen Tag des Nichtrauchens, dem 31. Mai 2003, publiziert die Lungenliga beider Basel das Faltblatt «Rauchen ruiniert Schönheit». Jeden Tag verbringen viele Menschen viel Zeit damit, sich vor dem Spiegel zu schminken: hautschonende Reinigung, Make-up, Lidschatten, Wimperntusche, Lippenstift ... Um schön zu sein, ist ihnen nichts zu teuer. Rauchen zerstört jedoch all diese Bemühungen. Zahlreiche giftige

Substanzen in der Zigarette engen die Blutgefässe ein und verhindern eine gute Durchblutung der Haut. So wird die Haut glanzlos und gräulich, egal mit wievielen Crèmes und Lotionen die Haut gegen Falten gepflegt wird. Einige der giftigen Substanzen im Tabak dringen ins Blut ein und greifen so die Zellen an. Deshalb verliert die Haut mit der Zeit an Elastizität; Falten tauchen früher auf und sind tiefer als bei Nichtraucherinnen.

Bei Rauchenden reicht regelmässiges Zähneputzen für ein strahlendes Lächeln nicht aus. Vom Rauchen werden die Zähne gelb und das Zahnfleisch wird empfindlicher. Ausserdem ist es unmöglich, als Raucherin einen frischen Atem zu behalten, und der Gestank nach kaltem Tabak ist nicht gerade attraktiv. Leider überdeckt er die feinen Gerüche exklusiver Parfums und setzt sich auch in Kleidern und Haaren fest. Die Haare werden aufgrund der schlechteren Durchblutung überdies spröde und brüchig, so wie auch die Fingernägel brüchiger werden. Der



schönste Nagellack kann nicht über die gelblich verfärbten Fingerspitzen hinwegtäuschen.

Neben den bekannten gesundheitlichen Gefahren nehmen Raucherinnen und Raucher auch das Risiko in Kauf, ihre Schönheit zu ruinieren. Ob dies das zweifelhafteste Vergnügen lohnt, müssen sie selber entscheiden. Ein Rauchstopp lohnt jedenfalls immer. Ich bin der Ansicht, dass insbesondere der Ärzteschaft eine wichtige Rolle in der Tabakprävention zukommt. Wer den Arzt oder die Ärztin aufsucht, ist in der Regel für gesundheitliche Themen sensibilisiert. Nun liefert das neue Faltblatt noch weitere Argumente fürs Nichtrauchen. Schönheit ist aus medizinischer Sicht nicht das vordringlichste Thema, aber für viele Menschen hat sie einen hohen persönlichen Stellenwert. Nebst dem Faltblatt bietet auch der Rauchstoppwettbewerb einen guten Einstieg ins Thema Rauchgewohnheiten der Patientin oder des Patienten. Wer sich verpflichtet, ab 31. Mai (dem Tag des Nichtrauchens) bis mindestens 28. Juni 2003 nicht zu rauchen, hat die Chance, 5000 Franken zu gewinnen. Anmeldeschluss ist der 6. Juni, anmelden kann man sich unter www.non-smoking.ch. Das neu erschienene Faltblatt «Rauchen ruiniert Schönheit» wurde von der Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer entwickelt und von der Lungenliga beider Basel mit Unterstützung der Gesundheitsförderung Baselland und der Abteilung Jugend, Familie und Prävention produziert. Es zeigt eindrücklich die Zusammenhänge zwischen dem Rauchen und der Schönheit auf. Die Broschüre kann neben Unterlagen zum Rauchstoppwettbewerb und weiteren Materialien bei der Lungenliga beider Basel unter Telefon 061 269 99 68 oder tabakpraevention@lungenliga-bl-bs.ch kostenlos bezogen werden.

BESTELLTALON

Ich bestelle kostenlos:

Faltblätter «Rauchen ruiniert Schönheit»

Rauchstopp-Wettbewerbskarten

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Bemerkungen: _____

Einsenden an:

Fachstelle Tabakprävention der Lungenliga beider Basel, Postfach, 4003 Basel

Fax 061 269 99 60 oder direkt bestellen unter:

E-Mail: tabakpraevention@lungenliga-bl-bs.ch oder Telefon 061 269 99 68.



Lehrlingsausbildung: ein Gebot der Stunde

Dr. med. R. Wyss, MPA-Beauftragter
Ärztegesellschaft BL a.i., Reinach

Gesamtschweizerisch häufen sich Berichte über Lehrstellenmangel und über Schulabgänger, die keine Lehrstellen finden. Die Erhebung der als offen gemeldeten Lehrstellen ergab per Sommer 2003 für Basel-Stadt einen Rückgang um 15,3% und in Baselland um 5,3%.

Auch bei uns ist in den letzten Jahren ein zunehmender Mangel an qualifiziertem Praxispersonal festzustellen. Gehäuft wird beklagt, es sei schwierig geworden, überhaupt Personal zu finden. Eine Besserung dieser Situation ist nur mit einem grösseren Angebot an Lehrstellen zu erreichen.

Wir möchten Sie deshalb ermutigen, sich, wenn dies nicht schon der Fall ist, als Lehrmeister zur Verfügung zu stellen.

Die Lehrtochter ist nicht nur Unkostenfaktor und Ausbildungsaufwand für die Praxis, sondern auch eine nicht zu unterschätzende Hilfe und Arbeitskraft.

Die Ausbildung einer Lehrtochter erleichtert es dem Praxisteam, auf dem neusten Ausbildungsstand zu bleiben.

Genügend gut ausgebildete MPA verhindern, dass auf unqualifiziertes oder falsch qualifiziertes Personal zurückgegriffen werden muss.

Nur mit genügend qualifiziertem Personal können die vielfältigen Arbeiten in einer Praxis bewältigt werden. Dies betrifft insbesondere die Qualitätskontrolle in Labor und Röntgen.

Die Ausbildung einer genügenden Anzahl Lehrtöchter wirkt dem MPA-Mangel auf dem Arbeitsmarkt entgegen.

Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt verhindert eine exorbitante Entwicklung der Lohnkosten, wie dies jetzt schon in Ansätzen vorhanden ist.

Die Ausbildung sollte auf möglichst viele Schultern verteilt werden. Dies ist auch ein Akt der Solidarität.

Fachleute, die in 4–5 Jahren gebraucht werden, müssen jetzt ausgebildet werden. Wir leisten damit einen Beitrag, damit unsere Jugend die Chance auf eine qualifizierte Ausbildung hat. Das ist auch Werbung für die Ärzteschaft.

Die MPA-Ausbildung ist nicht nur mit Kosten- und Arbeitsaufwand verbunden, sondern bringt sowohl für die einzelne Praxis wie auch die Ärzteschaft im Gesamten Vorteile.

Es gibt also viele gute Gründe, die für Ihr zukünftiges Engagement als LehrmeisterIn sprechen.

Interessiert? Dann zögern Sie nicht, Kontakt aufzunehmen.

Kontaktadressen:

Frau J. Gantenbein,
Amt für Berufsbildung BL
Tel. 061 927 28 49 E-Mail
jacqueline.gantenbein@ekd.bl.ch

Herr M. Kohlbrenner,
Amt für Berufsbildung BS
Tel. 061 267 88 24
E-Mail martin.kohlbrenner@bs.ch

Herr M. Wenger, Rektor HWS
Tel. 061 279 92 00
E-Mail martin.wenger@hwsbasel.ch

Dr. T. Matter,
MPA-Beauftragter Medges
Tel. 061 641 44 11
E-Mail theomatter@bluewin.ch

Dr. R. Wyss,
MPA-Beauftragter AeG BL a.i.
Tel. 061 712 12 50
E-Mail rudolf.wyss@hin.ch

Muttenz ist näher als Zürich oder Bern!

Haben Sie sich auch schon über hohe Wegkosten bei kleinen Reparaturen an Röntgengeräten oder Entwicklungsmaschinen geärgert? Das muss nicht sein, röntgen bender ist näher bei Ihnen und kann Ihnen *fast* immer helfen. Rufen Sie uns an, nutzen Sie unsere Nähe. Günstiger, wenn wir kommen müssen, schneller und persönlicher, wenn wir da sind.

Agfa, Kodak, Typon, Fuji, Adefo: BS / BL täglich ohne Transportkosten

Als offizielle Vertretung dieser Marken erhalten Sie bei uns nicht nur die Produkte, die Sie brauchen, sondern auch die technische Beratung, die so wichtig sein kann.

Service, Reparaturen und Röntgen, Neueinrichtungen oder Teilersatz

Wir planen, liefern und installieren Praxisröntgenanlagen oder den Ersatz von Komponenten. Stadler SE Generatoren, Entwicklungsmaschinen, günstiger bei röntgen bender.



röntgen bender

Hofackerstrasse 1, 4132 Muttenz

Verkauf und Ausstellung unmittelbar
beim Bahnhof Muttenz SBB

Tel. 061 465 97 10, Fax 061 465 97 13

Faire Pauschalabgeltungsmodelle – dank dem Thurgauer Morbiditätsindikator

Dr. med. et sc. nat. Andreas Bühler,
Managing Partner bei BlueCare AG,
Winterthur

Kosten von Versicherten- oder Patientenkollektiven können mit Alter und Geschlecht nur ungenügend erklärt werden. Die grosse Unbekannte: die Morbidität. Diese wird mit dem Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) berücksichtigt. Der Indikator wurde entwickelt, um die Versichertenkollektive besser standardisieren und vergleichen zu können. Wer über aussagekräftige Daten verfügt, kann die Kosten abschätzen und begründen. Das schafft mehr Transparenz im Gesundheitswesen.

Kostentransparenz ist im Gesundheitswesen ein zentrales Thema. Deshalb wurde vom Dachverband der Thurgauer Managed-Care-Netzwerke (VMCT) im Jahr 1999 der Thurgauer Morbiditätsindikator (TMI) entwickelt. Der TMI ist eine Messgrösse zur Charakterisierung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes eines Kollektivs von Versicherten. Das wurde im Rahmen von zwei wissenschaftlichen Studie überprüft (vgl. Literaturangaben).

Wie funktioniert der TMI?

Die einzelnen Personen werden bezüglich ihres langfristigen Gesundheitszustandes (chronisches Grading) und ihrer akuten Ereignisse (akutes Grading) codiert.

Das chronische Grading beschreibt chronische Krankheiten, wobei deren Schweregrad (unterteilt in: leicht–mittelschwer und schwer) und deren Anzahl berücksichtigt werden (vgl. Tabelle).

Das folgende Fallbeispiel zeigt die Codierung mit dem TMI.

Patient: Ein 52jähriger kaufmännischer Angestellter mit Diabetes Typ I, Mehrfach hypoglykämische Kommas, beginnende Niereninsuffizienz und mit ACE-Hemmern behandelte Hypertonie; aktuell: Lungenentzündung.

Die Analyse ergibt:

- Diabetes Typ I mit mehrfach hypoglykämischen Kommas
⇨ schwere chronische Krankheit
- beginnende Niereninsuffizienz
⇨ leichte bis mittelschwere chronische Krankheit
- behandelte Hypertonie
⇨ leichte bis mittelschwere chronische Krankheit
- Lungenentzündung

⇨ akute Erkrankung ohne direkten Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen

Die Einteilung in die chronischen und akuten Morbiditätsgrade erfolgt demnach in:

- 1: schwere chronische Krankheit
- 2: leichte bis mittelschwere chronische Krankheiten

Mit Hilfe des Entscheidungsbaums kann das chronische Grading – in diesem Fall 4 – einfach bestimmt werden.

Weiter halten wir fest:

- 1: akute Erkrankung
⇨ akutes Grading = .1

Das ergibt schliesslich einen Morbiditätsindikator von **4.1**.

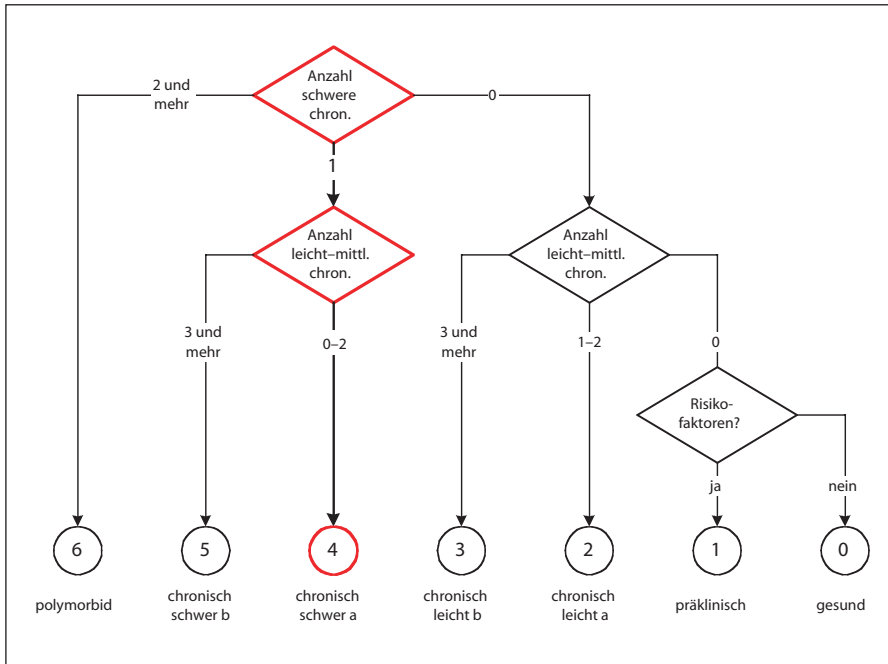
Was taugt der TMI in der Praxis?

Dieser Frage geht eine Studie (vgl. Literaturangaben) nach. Der TMI wurde von 57 Ärztinnen und Ärzten getestet. 88 Prozent der Ärzte kamen zum Schluss, dass die Codierung mit dem TMI machbar sei. Sie hielten fest, dass der Codierungsaufwand für einen Patienten zwischen 30 und 60 Sekunden beträgt.

Chronisches Grading	Beschreibung	Risikofaktoren	Anzahl leichte bis mittelschwere chronische Krankheiten	Anzahl schwere chronische Krankheiten
0	Gesund	0	0	0
1	Präklinisch	ja	0	0
2	Chronisch leicht a	---	1–2	0
3	Chronisch leicht b	---	3 und mehr	0
4	Chronisch schwer a	---	0–2	1
5	Chronisch schwer b	---	3 und mehr	1
6	Schwerst polymorbid	---	---	2 und mehr

--- : Für Einteilung nicht relevant

Tabelle: Die sieben chronischen Morbiditätsgrade



Hat der TMI Zukunft?

Der bisherige Erfolg des TMI hat gezeigt: Ja! Der TMI stellt einen wichtigen Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen dar. Besonders geschätzt wird die gute Anwendbarkeit. Der VMCT hat dazu viel positives Echo erhalten. Die mit dem TMI erworbenen Daten dienen als wichtiges Argumentarium für die Jahreskosten in der Grundversicherung. Es werden qualitativ hinreichende Bemessungsmodelle möglich; sie zeigen

den finanziellen Erfolg von HMO, Hausarztmodellen und anderen Versorgungsformen mit Pauschalabgeltungen auf. Der TMI ist jedoch weder ein Diagnosecode noch ein Qualitätsindikator. Es wäre verfrüht, die Entwicklung bzw. die Einführung des TMI als abgeschlossen zu betrachten. Weitere Feldstudien sollen dazu beitragen, dass sich der Thurgauer Morbidityindikator in der Ärzteschaft etabliert. Die Gesundheitskosten spielen heute

eine evidente Rolle – nicht nur gegenüber Versicherern, Politikern und Medien, sondern auch für die Ärzteschaft und Patienten. Oft geht der Wunsch nach Kostentransparenz von diesen Gruppen selber aus. Der TMI kann diesem Wunsch zukünftig als notwendiges, hilfreiches Instrument nachkommen.

Kontakt:

Verband Managed Care Thurgau (VMCT)
Zürcherstrasse 112
8500 Frauenfeld
Tel. 052 723 26 00
Fax 052 723 26 06

Literatur

- 1 Bühler A, Zaugg PY. Der Thurgauer Morbidityindikator (TMI) – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu besseren Pauschalabgeltungsmodellen. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(6):264–7.
- 2 Bühler A, Zaugg PY. Morbidityindikator – Überprüfung der Reproduzierbarkeit. Frauenfeld: VMCT; 2000.
- 3 Bühler A, Zaugg PY, Leutenegger M. Thurgauer Morbidityindikator – Korrelationsstudie. Frauenfeld: VMCT; 2002.
- 4 Bühler A. Grundlagen zur finanziellen Erfolgsmessung in Managed-Care-Systemen. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(20):1040–5.

Dr. med. Roman Buff – Allgemein-Internist – beantwortet fünf Fragen zur Anwendung des TMI.

1. Was unterscheidet den TMI von herkömmlichen Klassifikationssystemen?

Der TMI ist ein einfacher Indikator zur Bewertung der Morbidität von Patienten. Andere bekannte Bewertungssysteme sind für den Praxisalltag zu kompliziert (z.B. ICD-10). Der TMI hingegen beurteilt nur den langfristigen Gesundheitszustand und definiert die Anzahl akuter Ereignisse.

2. Ist der TMI in der Grundversorgerpraxis brauchbar?

Ziel bei der Entwicklung des TMI war, diesen praxistauglich zu machen. Dies damit die Codierung einfach und mit einem minimalen Zeitaufwand bestritten werden kann. Dieses Ziel

wurde, meiner Meinung nach, vollumfänglich erreicht.

3. Was sind Ihre Erfahrungen mit dem TMI?

Meine Erfahrungen mit dem TMI sind sehr gut. Ich bin begeistert von diesem neuen, einfach anwendbaren Instrument zur Bestimmung der Patienten-Morbidität. Denn – die Beurteilung der Morbidität gehört in die Hände von uns Ärzten.

4. Ist der TMI einfach zu erlernen?

Ja – der TMI ist einfach zu erlernen. Nach unseren Erfahrungen braucht man etwa eine Stunde Schulung und eine Stunde praktische Übung. Danach ist man in der Lage, schnell und sicher zu codieren.

5. Was nützt der TMI dem einzelnen Arzt und dem Ärztenetzwerk allgemein?

Der TMI nützt vor allem dem Ärztenetzwerk. Er trägt zu mehr Transparenz in Sachen Kosten bei. Das ist insbesondere ein Vorteil für die Budgetverantwortung.

Der einzelne Arzt verfügt über ein besseres Argumentarium in Wirtschaftlichkeitsverfahren. Dank den TMI-Daten erhält die Ärzteschaft die Möglichkeit, ihre Leistungen aus ihrer Sicht mit ihren Zahlen differenzierter darzustellen. Was für jede Ärztin und jeden Arzt ganz entscheidend werden kann, wenn der Kontrahierungszwang einmal aufgehoben werden sollte.

Dr. med. Roman Buff praktiziert in Arbon (TG) und ist Präsident des Verbandes Managed Care Thurgau (VMCT).

Kongressbericht über die Forschungs- tagung vom 29. März 2003 in der PUK Basel: «Die Psychoanalyse, die Forschung und die Praktiker – Ergebnisse, Folgen, Aussichten»

Dr. med. Benjamin Pia, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Basel
bpia@freesurf.ch

Zur Forschungstagung vom 29. März 2003 hatte Prof. Dr. Joachim Küchenhoff (Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel) im Namen folgender fünf psychoanalytischer Institutionen eingeladen:

- EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector), Sektion Erwachsene / Deutsche Schweiz, Sektion Kinder und Jugendliche, Sektion Gruppenanalyse
- Psychoanalytisches Institut Basel
- Psychoanalytisches Seminar Basel (SGPsa, Schweizerische Gesellschaft für Psychoanalyse)
- Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik der Universität Basel
- Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel

Die Tagung wird uns sicher als besonderer Kongress in Erinnerung bleiben. Es war faszinierend zu erleben, welche lebendige Spannung sich bei der von 220 Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern¹ besuchten Tagung etablieren und während des ganzen Tages erhalten konnte. Den Exponenten der «universitären»

wie auch der «klinischen» Psychoanalyse ist es dabei gelungen, in kreativem Disput ihre zum Teil recht unterschiedlichen Positionen zu verdeutlichen. Dass dies in einer Atmosphäre freundlicher Beherztheit so ausdauernd möglich war, hängt natürlich damit zusammen, dass der mitunter stärkere Gegensatz zwischen «universitärer» und «klinischer» Psychoanalyse letztlich wohl einer Konstruktion entspricht. Denn jeder Psychoanalytiker wird sich in seiner Tätigkeit zunächst auf die «Klinik» verlassen: anhand der psychoanalytischen Selbsterfahrung zunächst auf die eigene, sodann im Laufe seines Berufslebens auf eine Anzahl eigener Fälle, zu denen noch viele weitere hinzukommen, denen er in verschiedensten Settings (Supervision, Seminare, Intervision, Arbeitsgruppen, Kongresse und nicht zuletzt durch die Literaturlektüre) begegnen wird.

Bei aller Gegensätzlichkeit der wissenschaftlichen Positionen (besonders in der Frage, ob die direkte Beobachtung und Befragung von Patienten eher als positivistische Forschungstechnik oder als ein im eigentlichen Sinn psychoanalytisches Verfahren² betrachtet werden müsse) besteht aufgrund der immer zahlreicheren Katamnesestudien ein starker Konsens darüber, dass hochfrequente Langzeitbehandlungen überraschend häufig die

Minderung von Symptomen bis zur Wiedererlangung von Arbeits-, Beziehungs- und Genussfähigkeit bewirken, längerfristig also auch die deutliche Reduzierung von Gesundheitskosten.

An dieser Stelle seien stellvertretend für viele weitere Studien einige besonders bekannte Arbeiten referiert, von denen die ersten beiden durch Frau Prof. Marianne Leuzinger-Bohleber bzw. durch Prof. Rolf Sandell vorgestellt wurden:

1. Die Katamnesestudie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung unter der Leitung von Marianne Leuzinger-Bohleber.³ Diese Studie ergab aufgrund von 128 Katamnesen, dass 80% aller ehemaligen Pat. dauerhafte Erfolge erzielten, falls die Indikation zu dem jeweiligen Verfahren richtig gestellt worden war; hinsichtlich Kreativität und Arbeitsfähigkeit sowie Selbstreflexions- und Beziehungsfähigkeit ergaben sich zudem deutlichere Unterschiede zugunsten der hochfrequent (mindestens 3 Sitzungen pro Woche) behandelten Pat. gegenüber niederfrequent behandelten (1–2 Sitzungen pro Woche). 11% der nachuntersuchten Fälle waren mit dem Resultat hingegen unzufrieden, 4% sogar sehr unzufrieden («ausschliesslich negatives Therapieergebnis»).

1 Nachfolgend wird die männliche Form verwendet, mit der immer beide Geschlechter gemeint sind.

2 Es wird zunehmend schwieriger zu definieren, was Psychoanalytiker unterschiedlichster wissenschaftlicher Traditionen als psychoanalytisch bezeichnen würden. Vermutlich wäre folgende Definition konsenstauglich: «Die Psychoanalyse ist erstens ein Verfahren zur Erforschung des unbewussten Anteils des psychischen Lebens, zweitens eine auf dieser Forschung basierende Behandlungsmethode

und drittens ein theoretisches System, das die Tätigkeit der menschlichen Psyche beschreibt. Psychoanalyse bedeutet einen Gewinn und eine Rückeroberung von Bedeutung, die aus Mangel, Überforderung, Konvention, Angst oder aus Schuldgefühl nicht erfasst werden konnte. Der bessere Zugang zum Unbewussten wirkt sich in vielen Bereichen befreiend aus» (zit. nach: www.psychoanalyse-basel.ch). Ergänzend könnte gesagt werden, dass die Psychoanalyse beharrlich versucht, Wesen und Bedeutung der Sexualität, auch der kind-

lichen, kontinuierlich weiter zu erforschen. Gleiches gilt auch für die Phänomene Hass und Destruktivität.

3 Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. und Beutel, M. E.: *Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie*, Psyche, 55. Jahrgang März 2001, 193–276.

2. Die ebenfalls im Jahr 2001 publizierte Studie des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes unter der Leitung von Rolf Sandell⁴: Diese schwedische Studie (N = über 400) kam bezüglich der Stärke von Psychoanalysen zu ähnlichen Resultaten wie die Katamnesestudie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, wenn hohe Behandlungsfrequenz und lange Dauer zusammenkamen; hochfrequente Langzeitbehandlungen erzielten also die besten Ergebnisse und werden überraschenderweise erst allmählich, mehrere Jahre nach Behandlungsende richtig deutlich (gemessen mit: SCL-90 = Symptom Checklist –90 [Derogatis et al. 1974], SOCS = Sense of Coherence Scale [Antonovsky 1987], SAS = Social Adjustment Scale [Weissman et al. 1976]).
3. Zusätzlich zu den in Basel vorgestellten Studien soll auf die im Jahr 1998 erschienene wichtige Londoner Arbeit von Peter Fonagy und Mary Target (1997) hingewiesen werden⁵: Diese Arbeit führte zum Resultat, dass die Ergebnisse von hochfrequenten Behandlungen (das heisst solchen, bei denen die Patientinnen und Patienten während 4 bis 5 Sitzungen pro Woche

therapiert werden) um so besser ausfallen, je länger die Behandlungen durchgeführt wurden und dies überraschenderweise um so häufiger, je schwerer gestört die Patientinnen und Patienten vor den Behandlung waren (!).

Den Referaten von Leuzinger-Bohleber und Rolf Sandell folgten diejenigen über hochaktuelle Basler Forschungsaktivitäten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Basel (zur frühen Kindesentwicklung und Familienbeziehungen im Längsschnitt / Proff. Dieter Bürgin und Kai v. Klitzing) sowie aus der Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (zur Frage der empirischen Möglichkeit, das erste Jahr psychoanalytischer Psychotherapie abzubilden / Prof. Joachim Küchenhoff). Den abschliessenden wissenschaftstheoretischen Kommentar steuerte Prof. Rolf Peter Warsitz (Kassel) zur Tagung bei.

Die kritischen Diskussionsvoten der eingeladenen Diskutanten bereicherten die Tagung sehr wesentlich (Dres. Peter Dreyfus und Julia Pestalozzi aus Basel, Markus Fäh aus Zürich und Henrique

Schenkel aus Bern), ebenso die Moderation durch die niedergelassenen Basler Psychoanalytiker, lic. phil. Julia Besch und lic. phil. et iur. Jürg Honegger).

Wer sich vertieft mit dem Thema Katamnesestudien befassen möchte, findet einen übersichtlichen Einstieg in zwei gehaltenen Informationsschriften, die beim Tagungssekretariat⁶ erhältlich sein sollten^{7,8}.

Nicht nur den Organisatoren der Tagung, allen voran Prof. Dr. Joachim Küchenhoff, sondern allen «klinischen» und «universitären» Forscherinnen und Forschern, die sich über Jahre beharrlich mit der komplexen Materie ihrer Katamnesestudien beschäftigt haben, sei im Namen der in der Privatpraxis tätigen «Kliniker» für diesen psychoanalytischen Forschungstag herzlich gedankt.

4 Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. und Schubert, J.: *Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien*. Aus der *Forschung des Stockholmer Projekts*, Psyche, 55. Jahrgang März 2001, 277–310.

5 Peter Fonagy und Mary Target (1997): *Vorausagen über die Ergebnisse von Kinderanalysen: eine retrospektive Studie von 763 Behandlungen am Anna Freud Center*. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997): *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese-forschung*, pag. 366–407.6

6 E-Mail: mail@dorotheeleser.ch

7 *Indikation und Wirksamkeit. Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung*. Hrsg. vom Vorstand der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, verfasst von Mitgliedern der Forschungskommission der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (geschaeftsstelle@dpv-psa.de, www.dpv-psa.de): Beutel, E. und Leuzinger-Bohleber, M., unter Mitarbeit von Rasting, M., Berlin 2001.

8 *Die Psychoanalytische Psychotherapie unter der Lupe. Argumentarium über Grundlagen, therapeutische Wirkungen, Wirtschaftlichkeit und aktuellen Forschungsstand*. Hrsg. European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector (EPPP), Sektionen «Erwachsene Deutsche Schweiz» und «Kinder und Jugendliche». E-Mail: dleser@bigfoot.com

Geriatrie, was ist das?



Dr. med. M. Conzelmann, Chefarzt Geriatriisches Kompetenzzentrum, Felix Platter-Spital Basel, Präsident SFGG 2003/04

Am 7. November 2002 formierte sich die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) zu einem juristisch eigenständigen Verein. Einstimmig hat das Plenum beschlossen, sich aus dem Mutter-schoss der SGG (Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie) zu lösen und neu die Beziehungen zu SGIM und SGAM statutarisch festzulegen. Das Hauptziel des Vereins ist es, geriatisches Fachwissen bei den Ärztinnen und Ärzten sowie bei den medizinischen Partnerberufen aufzubauen und weiter zu fördern.

Als junger Assistenzarzt erlebte ich an grossen medizinischen Kliniken, dass Assistenzärzte, die in den Augen des Chefarztes in der Medizin nichts taugten, über Nacht auf die «Geriatrie» umdisponiert wurden – der erste Schritt zum Konsilium abeundi. Als ich nach mehreren Jahren Oberarzt-tätigkeit in einer medizinischen Universitätsklinik meinen professoralen Mentor mit der Mitteilung überraschte, ich würde mich der Geriatrie zuwenden, war sein Mitleid gross, befürchtete er doch, dass meine damals aktive Diskushernie bereits das zentrale Nervensystem involviert hätte.

Seither hat sich viel verändert. Die geriatrisch engagierten Ärztinnen und Ärzte haben das Fach Geriatrie definiert und die Lern- und Lehrinhalte in der Aus- und Weiterbildung wurden festgelegt. Im Januar 2000 wurde ein wichtiger Meilenstein erreicht, indem die Geriatrie zum Schwerpunkttitel für die Fächer Innere Medizin und Allgemeinmedizin von der Ärztekammer akzeptiert wurde. Im Herbst 2002 haben bereits erste Anwärtinnen und Anwärter die Facharztprüfung «Geriatrie» erfolgreich abgelegt. So ist die erwähnte Vereinsgründung als Abschluss einer Erfolgsstory zu sehen. Auch der erwähnte Professor wurde vom Saulus zum Paulus und ist ein (zwar noch etwas heimlicher) Geriatrie-Bekannter geworden.

Wohl kaum ein anderes Fach bietet derart vielfältige Facetten wie die Geriatrie. Der involvierte Arzt wird beeindruckt von einer Fülle von medizinischen Diagnosen, die im Laufe eines Lebens akkumuliert worden sind und die vielleicht jede für sich eine Form von physischer oder psychischer Einschränkung mit sich gebracht hat. Die Verbindung zur Rehabilitationsmedizin ist offensichtlich. Auch dort steht häufig nicht die somatische Diagnose im Zentrum der Therapie, sondern die daraus resultierende Fähigkeitsstörung. Die grossen geriatrischen Herausforderungen und Hauptthemen (die sog. 4 I) lauten: Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und Intellektuelle Einbusse. Die Abklärung und Behandlung dieser Syndrome erfordert ein breites Wissen, welches Elemente aus der Orthopädie, Urologie/Gynäkologie, Neurologie und Psychiatrie umfasst. Infolge der Häufigkeit von kognitiven Defiziten (ca. 20% der 80jährigen resp. 40% der 90jährigen sind betroffen) schreibt das Curriculum für den Schwerpunkttitel Geriatrie in der Weiterbildung daher auch ein Jahr (Alters-)Psychiatrie vor. Sowohl bei der Abklärung als auch bei der Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patien-

ten sind wir auf die medizinischen Partnerberufe angewiesen. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Aktivierungstherapie, Ernährungsberatung, Sozialberatung und (Neuro-)Psychologie bilden das interdisziplinäre Team. Die Zusammenarbeit mit all diesen Berufsgruppen macht das Fach der Geriatrie so spannend. Der Auftrag der Patientinnen und Patienten lautet explizit oder implizit, ihnen zu ermöglichen, so lange wie möglich mit bestmöglicher Lebensqualität in den eigenen vier Wänden das Leben selbst zu gestalten.

Die grossen geriatrischen Zentren in der Schweiz bieten eine Fülle von Angeboten, die meist die Bereiche Akutgeriatrie, rehabilitative Geriatrie, teilstationäre und ambulante Geriatrie umfassen, um den mehrschichtigen Problemen der geriatrischen Patientinnen und Patienten in allen Belangen gerecht zu werden. Vorbei sind auch die Zeiten, wo aus abgebauten Akutbetten sogenannte geriatrische Abteilungen entstehen können, da die erwähnte Komplexität und Interdisziplinarität des Faches spezielle Anforderungen an die Strukturen und an das Fachwissen der Mitarbeiterinnen stellt.

Der diesjährige Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) findet im Mai in Basel statt. Die SFGG erhielt – fast schon als Tradition – die Möglichkeit, sich an der Organisation zu beteiligen. Die vielfältigen Seminare, Hauptthemen, Workshops, Mitteilungen und Posterpräsentationen werden sicher Ihr Interesse wecken. Besuchen Sie diese Veranstaltungen und vor allem: werden Sie als engagierte Kollegin, Kollege Mitglied bei der SFGG.

TarMed-Info

Dr. med. Lukas Wagner, Präsident
Ärztegesellschaft Baselland

Elektronische Abrechnung noch nicht obligatorisch

Entgegen anderslautenden Aussagen ist die elektronische Abrechnung im TarMed nicht zwingend. Es können weiterhin Papierrechnungen verschickt werden, allerdings ab 1.5.2003 im UV/IV/MV-Bereich nur noch mit TarMed-Positionen. Die Modalitäten des elektronischen Datenverkehrs sind sowohl im UV/IV/MV-Bereich wie auch im Bereich der Krankenversicherung noch Gegenstand von Verhandlungen.

Wer auch im Krankenversicherungsbe- reich – voraussichtlich ab 1.1.2004 – nicht elektronisch abrechnen will, kann sich mit Leistungsblättern behelfen, welche durch eine Clearingstelle, z.B. die Ärztekasse, verarbeitet werden. Die elektronische Übermittlung im Kassenbereich ist aber ohnehin erst zwei Jahre nach Einführung obligatorisch, vorher sind Papierrechnungen erlaubt.

Praxispiegel nur über syndata AG

Sicher ist, dass elektronischer Datenver-

kehr, welcher nicht über unser eigenes Trustcenter syndata AG läuft, für die Ärzteschaft verloren und statistisch nicht verwertbar ist. In letzter Zeit scheint sich bei den Krankenversicherern vermehrt die Erkenntnis durchzusetzen, dass es zweckmässig und kostengünstig ist, mit den ärztlichen Trustcentern zusammenzuarbeiten. Die Überlassung der Rechnung an die Kassen in elektronischer Form ist selbstverständlich für diese kostenpflichtig. Wenn Sie das Angebot von MediData, einer überwiegend kassen-eigenen Institution, wahrnehmen, gehen alle diese Vorteile verloren.

TarMed-Kurse

Der Vorstand empfiehlt, sich auf den Besuch von Kursen zu beschränken, die entweder von den Ärztegesellschaften, den Fachgesellschaften oder der Ärztekasse angeboten werden.

TarMed-Anwendung im Krankenversicherungsbereich

Schon jetzt weisen wir darauf hin, dass es nicht möglich sein wird, die TarMed-Positionen nach eigenen Kriterien zu «interpretieren» und damit Vorteile zu errin-

gen. Es gibt nur eine Anwendung: die korrekte. Der Grund liegt darin, dass die FMH mit SaS einen *Kostenneutralitätsvertrag* abgeschlossen hat, in welchem die Gesamtsumme (oder das «Volumen») der im Einführungsjahr zu verrechnenden Gesundheitskosten bereits im voraus fixiert ist. Dieses Volumen berechnet sich nach einer Formel, welche die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen seit 2001 und die Teuerung miteinbezieht. *Diese Summe ist also bereits gegeben!* Was wir an Taxpunkten nun verrechnen werden, wird durch diese Summe geteilt.

Ergo: Wenn wir weniger Taxpunkte verrechnen, wird ein höherer Taxpunkt resultieren und umgekehrt. Um das «Spiel» nicht ins Unendliche treiben zu können, wurde ein Korrekturbereich von plus/minus 7% vereinbart. Die Statistiken der syndata AG funktionieren *während der Kostenneutralitätsphase* als eine Art «Taxpunktwert-Radar» und erlauben laufend allfällige Korrekturen. Der *am Ende der Kostenneutralitätsphase* einmal erreichte Taxpunktwert gilt aber dann für die nächste Zeit *unverändert*.

Aus dem Vorstand

Aus dem Vorstand BL

Vertragsverhandlungen mit Santésuisse

Bis Redaktionsschluss (Mitte April) konnte noch kein Vertrag mit der SaS abgeschlossen werden. Die Verhandlungen laufen. Es bestehen regelmässige Kontakte mit den Verhandlungsdelegationen der übrigen Kantonalgesellschaften in der ganzen Schweiz, namentlich mit Basel-Stadt.

Syndata AG – das Trustcenter der Baselbieter und Basler Ärzteschaft

Mit Syndata AG besteht ein ausgezeichnetes, unverzichtbares und auch von Krankenkassen immer besser akzeptiertes Instrument, die Einführung von TarMed reibungslos zu gestalten. Nur wenn

die Daten über dieses Zentrum fliessen, bleiben sie für uns als Ärzteschaft auswertbar und steuerbar. Eine korrekte, den realen Gegebenheiten des Praxisalltags entsprechende Anwendung des neuen Tarifs wird dabei vorausgesetzt. Der Aktionärskreis hat sich seit der Gründung im Januar bis Mitte April beinahe verdoppelt. Selbstverständlich können weiterhin Aktien gezeichnet werden.

LOA

Die Einführung des neuen Abgeltungssystems in den Apotheken im Sommer 2001 hat zu generellen Preissenkungen bei rezeptpflichtigen Medikamenten geführt. Den Apothekern wurde als Ausgleich eine spezielle Leistungstaxe gewährt, nicht aber den selbstdispen-

sierenden Ärzten. Diese Ungleichbehandlung war Gegenstand der sog. LOA-Verhandlungen zwischen FMH und SaS. Die FMH hat das Verhandlungsmandat nun wieder an den VEDAG zurückgegeben, da keine Resultate erzielt werden konnten. Dieser hat nun beschlossen, weitere Verhandlungen erst nach Beendigung der Kostenneutralitätsphase im TarMed durchzuführen, um die TarMed-Einführung nicht zu belasten. Medikamente bilden demnach keinen Bestandteil der laufenden TarMed-Vertragsverhandlungen in den Kantonen und werden wie anhin verrechnet – immer noch ohne die im Sommer 2001 verlorene Kompensation ...

Regelmässige Gespräche mit Regierungsrat Straumann

In den wie immer in sehr guter Atmosphäre und offen geführten Gesprächen konnte kürzlich ein informeller Austausch über aktuelle Themen, speziell die

Einführung von TarMed und den Stand der Revision laufender Gesetze (u.a. Gesundheitsgesetz) stattfinden. Es gelingt so, uns interessierende Standpunkte einzubringen, und bietet Gewähr für eine gute Zusammenarbeit.

Strategietag

Mitte April nahm sich der Arbeitsausschuss, zusammen mit dem Präsidenten der Informationskommission und dem Chefredaktor der Synapse, Zeit für eine vertiefte Analyse einiger wichtiger Themen, darunter die langfristige Planung des ambulanten Notfalldienstes, der Zukunft der sogenannten «Integrierten Versorgung» in unserem Kanton, und die KVG-Revision II (Kontrahierungszwang, Ablösung des Zulassungsstops).

Neues Vertragsverhältnis mit unserem Sekretär

Der Vorstand hat auf Grund der gestiegenen Anforderungen an die Leistungen unseres Sekretärs lic. iur. Friedrich Schwab und seines Teams in Sissach mit ihm einen neuen Zusammenarbeitsvertrag abgeschlossen. Er basiert auf einer Analyse der Ist-Situation, die im letzten

Jahr durchgeführt worden ist. Als wesentliche neue Aufgabe wird das Inkasso der Mitgliederbeiträge in Zukunft vom Sekretariat selbst erledigt. Voraussetzung dafür war die Einführung einer mit den FMH-Datenbanken kompatiblen Administrationssoftware.

Attraktiver Beruf Medizinische Praxisassistentin

Da zur Zeit zwei verschieden aufgebaute Lehrgänge für MPA geführt werden, entstehen Mehrkosten, die auf kleinere Klassen und entsprechend vermehrten Aufwand zurückzuführen sind. Zu bedenken ist dabei, dass die Wiedereinführung des früheren Systems (erstes Jahr praktisch nur Schule und Einführungskurs, ab zweitem Jahr voll in der Praxis tätige MPA-Lehrtochter) vorwiegend von Lehrmeistern gewünscht wurde. Es erhöht auch die Attraktivität für Interessentinnen, aus zwei Lehrgängen wählen zu können. Der Zustrom ist ungebrochen. Es fehlen immer noch Lehrpraxen.

VEDAG – Verein Deutschschweizerischer Ärztgesellschaften

Der VEDAG hat ab sofort einen neuen

Präsidenten: Dr. med. Christoph Ramstein, Präsident der Ärztesgesellschaft Solothurn. Ab 2004 übernimmt das Amt Dr. med. Matthias Wenger, Präsident der Ärztesgesellschaft Thurgau.

Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt Basel-Landschaft

Die basellandschaftliche Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt wird demnächst in Absprache mit der AeGBL ein Informationsschreiben an die praktizierenden Mitglieder unserer Gesellschaft senden. Es geht darum, wie in der Synapse 3/2002 berichtet, Aufmerksamkeit für die verborgenen Hinweise solchen Geschehens zu schaffen und Hilfestellung beim Erheben der Anamnese und Erfassen der Befunde zu geben.

www.aerzte-bl.ch

Unser neuer Webmaster Dr. Urs Argast hat einige Neuigkeiten für Sie bereit, z.B. online druckbare Vorlagen für das Physiotherapieformular, das Arbeitsunfähigkeitszeugnis und die Patientenverfügung. Sämtliche Mitgliederadressen sind gemäss FMH-Verzeichnis abrufbar und bei Fehlern durch Sie selber korrigierbar.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärtzelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Aus dem Vorstand BS

● Wechsel im Präsidium der MedGes

Im Namen des Vorstands und der Mitglieder danken wir Dr. Renato Marelli herzlich für die umfangreiche, vielseitige und in kompetenter Weise getätigte Arbeit im Präsidium. Weiterhin werden in der MedGes etliche «Grossbaustellen» zu bearbeiten sein, wie Dr. Marelli es selbst ausdrückte. Mit grosser Genugtuung stellten der Vorstand und die Mitglieder daher fest, dass uns Dr. Marelli seine wertvollen Kenntnisse und Erfahrungen weiterhin als Past-President zur Verfügung stellen wird.

Der Vorstand konnte als Nachfolger von Dr. Marelli die Kandidatur von Dr. Felix Eymann präsentieren, der in der Folge an der Mitgliederversammlung vom 27.3.2003 einstimmig zum neuen MedGes-Präsidenten gewählt wurde. Dr. Felix Eymann wurde am 29.1.1948 geboren. Nach dem Staatsexamen (1974) erfolgten die Promotion und der Facharzttitel für Chirurgie FMH im Jahr 1986 und die Aufnahme der Praxistätigkeit 1987. An Interessensbindungen bestehen das Mandat im Grossen Rat sowie die Tätigkeit als Delegierter im Verwaltungsrat der ÖKK BS.

An dieser Stelle danken wir Dr. Felix Eymann für seine Bereitschaft, das Amt des MedGes-Präsidenten zu übernehmen. Wir gratulieren ihm zu seiner Wahl herzlich und wünschen ihm für sein Präsidium viel Erfolg!

● Wechsel im Vorstand

Im Vorstand sind die Rücktritte von Prof. Lutz von Laer (Past-President, Bereich Gesundheitspolitik) und Dr. Benjamin Pia (Bereich Kommunikation) erfolgt. Den Zurücktretenden danken wir für ihre im Vorstand geleistete wertvolle Arbeit herzlich und wünschen für ihre zukünftigen Aktivitäten viel Erfolg. Vielen Dank für die wertvolle Arbeit im Vorstand!

Wiederwahl: Renato Marelli (wird als Past-President im Vorstand den Bereich Gesundheitspolitik betreuen), Pietro Gal-

lacchi (Mitgliedschaftswesen), Anne-Catherine Guex (Fortbildung), Ludwig Heuss (Finanzen) und Urs Lüscher (Dienstleistungen).

Im Vorstand besteht eine Vakanz.

● TarMed: Einführung im Bereich UV/IV/MV per 1.5.2003

Für ambulant durch Ärzte erbrachte und abgerechnete Leistungen beträgt der Start-Taxpunktwert im UV/IV/MV-Bereich Fr. 1.–. Für laufende Behandlungen muss per 30.4.2003 eine Zwischenrechnung nach altem Tarif gestellt werden. Die Umstellung auf den neuen Tarif wird ohne Übergangsfrist und unter Verwendung neuer Abrechnungsformulare erfolgen. Alte Abrechnungsformulare können bis 1.1.2004 auch von Hand modifiziert und ausgefüllt werden. Neue Rechnungsformulare können per sofort unter www.fmh.ch/Tarife bezogen werden. Die Einführung im KVG-Bereich wird voraussichtlich per 1.1.2004 stattfinden.

● Syndata

Seit der Gründung der **syndata** wurden rund 200 Aktien gezeichnet. Die MedGes-Mitglieder haben an ihrer Versammlung vom 27.3.2003 überdies den Kauf weiterer 25 Aktien beschlossen. Die MedGes bekundet damit auch als Verband, dass sie **syndata** nicht nur voll unterstützen, sondern auch die Zukunft unseres Trustcenters aktiv mitgestalten will. Zum Zeitpunkt der TarMed-Einführung am 1.1.2004 wird dank der beschlossenen Aktienzeichnung durch die Mitgliederversammlung auch für die MedGes als Verband ein wichtiger Schritt zur vollen Transparenz über den Stand der zukünftigen Tarifanwendung sowie zur Datenparität mit den Krankenkassen vollzogen.

● Sekretariat

Die Vertragsauflösung mit Dr. Peter Buss wird per 31.12.2003 erfolgen. Nach Platzierung des erfolgreichen Inserates zur

Besetzung der Funktion des neuen Geschäftsführers/in sind zahlreiche Bewerbungen eingegangen. Der entsprechende Ausschuss (Dres. R. Marelli, L. Heuss und B. Rinderknecht) steht kurz vor der definitiven Evaluationsrunde, welche am 16.4.2003 stattfinden soll.

Die Kosten für die Einrichtung des MedGes-eigenen Sekretariats können durch den an der Mitgliederversammlung vom 27.3.2003 beschlossenen Sonderbeitrag von Fr. 150.– pro Mitglied (Kategorien 1–6) getragen werden.

● Synapse-Redaktionskommission BS

In der Synapse-Redaktion verbleibt Dr. Benjamin Pia, der im Vorstand bisher den Bereich Kommunikation betreut hatte. An dieser Stelle danken wir ihm für sein bisheriges und künftiges Engagement in der Redaktionskommission, in welcher zur Zeit auf baselstädtischer Seite weiterhin zwei Vakanzstellen bestehen. Die Verstärkung durch eine/einen Redaktorin/Redaktor mit guten Verbindungen zu den Universitätskliniken wäre eine sehr willkommene Ergänzung. Die gesamte Redaktion der Synapse dankt im voraus für die erhoffte Mitarbeit (Kontakt: Chefredaktion, Dr. Franz Rohrer, E-Mail: Franz.Rohrer@hin.ch; oder Redaktionskommission BS: Dr. Benjamin Pia, E-Mail: bpia@freesurf.ch).

● Zulassungsstop

Der Verband der Zürcher SpitalärztInnen VSAO sowie ein einzelner betroffener Arzt haben im Dezember 2002 beim Bundesgericht staatsrechtliche Beschwerde gegen den Zulassungsstop (ZS) erhoben. Mit der Zürcher Beschwerde wird die Verletzung zahlreicher Grundrechte gerügt: Die *Wirtschaftsfreiheit sei durch den ZS verletzt*, weil der freie Zugang zu den Berufen in unzulässiger Weise beschränkt und der Grundsatz der «Gleichbehandlung der Gewerbetreibenden» verletzt werde. Auch wird der ZS als wettbewerbsverzerrende Massnahme gerügt.

Zudem liege eine *Verletzung des Diskriminierungsverbotes* vor, weil ambulante Abteilungen an den Spitälern vom Stop ausgenommen seien, während Ärztinnen und Ärzte daran gehindert würden, dieselben Dienstleistungen in freier Praxis anzubieten. Und da im Kanton Zürich ausserkantonale Berufsausübungsbewilligungen nicht mehr anerkannt werden sollen, liege zusätzlich eine *Verletzung des interkantonalen Freizügigkeitsrechtes* vor, welches garantiere, dass Personen mit einer wissenschaftlichen

Ausbildung ihren Beruf in der ganzen Schweiz ausüben dürfen. Schliesslich werde durch den ZS das *Legalitätsprinzip* verletzt, denn bei so schwerwiegenden Eingriffen wie dem ZS brauche es ein formelles, vom Kantonsrat oder vom Volk erlassenes Gesetz. Das für den Eingriff in fundamentale Grundrechte benötigte genügende öffentliche Interesse wird im Zusammenhang mit dem ZS mit den steigenden Kosten im Gesundheitswesen begründet. Erfahrungen im Ausland zeigten indessen, dass die Kostensteigerun-

gen durch Zulassungsbeschränkungen nicht gebremst werden konnten, weil andere Kostenfaktoren mehr ins Gewicht fallen (z. B. neue medizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, steigende Ansprüche der Bevölkerung und die demographische Entwicklung).

Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Deshalb stellen wir unsere Zeilen gerne für Leserbriefe zur Verfügung. Zögern Sie nicht, setzen sie sich an PC oder Schreibmaschine, kommentieren Sie unsere Artikel, und senden Sie Ihren Text an die im Impressum angegebene Redaktionsadresse!

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

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

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