



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

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Spitalpolitische Sackgasse – Wegweiser für den Ausstieg

Dr. Hans Ulrich Iselin, Chefarzt Medizin
Spital Rheinfelden
Gesundheitszentrum Fricktal

Als Vertreter des Gesundheitszentrums Fricktal (so heissen seit 1999 die beiden fusionierten fricktalischen Regional-spitäler Laufenburg und Rheinfelden) hatten Direktor Kurt Jakober und der Verfasser dieser Zeilen Gelegenheit, als «aktive Zaungäste» aus dem Nachbarkanton Aargau an der von den beiden kantonalen Gesundheitsdirektoren Conti und Straumann organisierten Tagung zur re-

gionalen Spitalplanung vom 20./21. August in Bad Bubendorf teilzunehmen. Die Tagung war hervorragend organisiert, und die Initianten hatten mit einem geschickten taktischen Schachzug bereits im Vorfeld für eine «Neutralisierung» der Medien gesorgt, indem sie die Moderation in die Hand des Chefredaktors der BZ und die Leitung der Workshops in diejenige erfahrener Redaktoren von BZ, BaZ und «Volksstimme» gelegt hatten.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Die KVG-Revision: Absichten des Bundesrates 4
- Der Risikoausgleich geht nicht nur die Krankenkassen etwas an 8
- 13. MED INDOORS 12
- Vielfältige Symbiosen 13
- Die erstaunliche Robustheit des Lebens 14
- Rechnungsstellerstatistik 2003 14
- Erste Revision der beruflichen Vorsorge – Seminar für Ärztinnen und Ärzte 15
- Bei Risikopatienten an die Pneumokokken-Impfung denken! 17
- Atemschutzmasken 18
- Aus dem Vorstand BS 18
- Aus dem Vorstand BL 19

Editorial

Solidarität statt Verteilkämpfe, Hoffnung statt Resignation

Dr. med. Guy Morin, Facharzt
für Allgemeine Medizin FMH, Basel

Unsere Zeit ist geprägt von einer allgemeinen Verunsicherung und Orientierungslosigkeit. Terror, Krieg, Umweltkatastrophen und Wirtschaftskrise haben uns alle aufgerüttelt. Die naheliegendste reflexartige Reaktion ist der Rückzug ins eigene «Gärtchen». Besitzstände werden verteidigt, die Fremden und Andersartigen werden für alle Missstände verantwortlich gemacht, Pauschalisierungen und Polarisierung bestimmen den politischen Diskurs. Die schwächeren

Glieder werden immer mehr sozial ausgegrenzt und reagieren mit Angst und Depression. Selbstkritisch müssen wir uns als ÄrztlInnenschaft eingestehen, dass Verteilkämpfe und die Verteidigung oder Vermehrung der eigenen Marktanteile im Gesundheitswesen und in unserem Berufsstand zunehmend den Ton angeben. Im Kontakt mit unseren Patientinnen und Patienten haben wir die schwere, aber schöne Aufgabe, «neue» Botschaften zu verbreiten. Bei Bedrohung kann man auch zusammenrücken und sich gegenseitig helfen. Der Andersgläubige oder Andersfarbige, der Konkurrent oder Kontrahent in der Politik oder im wirtschaftlichen Wettbewerb kann eine Bereicherung statt eine Bedro-

hung sein. Der sozial Schwache oder Hilfsbedürftige ist keine Last, sondern ein gleichwertiger Teil unserer Gesellschaft, mit dem wir solidarisch sein müssen. Umbruch kann auch Aufbruch zu «Neuem» und Fortschritt bedeuten. Nachhaltigkeit ist keine Floskel, sondern die Einstellung und Haltung, bei jedem Entscheid und Handeln die möglichen Auswirkungen auf andere und auf das werdende einzubeziehen. Unser Beruf ist auch Auftrag, diese Werte in unseren Tätigkeitsbereich und in den öffentlichen Diskurs einzubringen. Dies ist mein Motiv, unter dem Slogan «Die Mitwelt ist mir wichtig» für den Regierungsrat von Basel-Stadt zu kandidieren.

Für den historisch und ethnopsychologisch interessierten Beobachter von viel grösserer Bedeutung aber war das Phänomen der noch immer aktiven Fixierung der beiden Partnerkantone auf ihre historisch und soziologisch bedingten «Befindlichkeiten». Diese wurde ausführlich thematisiert und auch von einzelnen prominenten Teilnehmern zelebriert. Der Effekt konnte nicht ausbleiben: Wie eine Nebelwand verstellen diese Befindlichkeiten den Blick auf die zentralen Probleme der Spital- und der Gesundheitspolitik.

Wo liegen diese Probleme?

1. Auf Bundesebene ist es die unsägliche Verschleppung der KVG-Revision hinsichtlich der Regeln für die Spitalfinanzierung. Die Tagungsteilnehmer waren sich rasch einig, dass wenig Hoffnung besteht, den Übergang zur monistischen Spitalfinanzierung noch innerhalb dieser Legislatur der eidgenössischen Räte zu schaffen. Somit bleibt den Akteuren nichts anderes übrig, als in guteidgenössischer föderalistischer Tradition lokal und regional praktikable Lösungen zu finden.
2. Auf der Ebene der Führungskonzepte für Spitäler. Noch immer wollen viele Politikerinnen und Politiker in diesem Land nicht wahrnehmen, dass Spitäler moderne Unternehmungen sind, die nach modernen betriebswirtschaftlichen Erkenntnissen geführt werden müssen. Allein in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zählt das Gesundheitswesen knapp 29 000 Beschäftigte, ist also zahlenmässig der grösste Arbeitgeber der Region.
3. In der Abgrenzung der Kosten für die stationäre Grundversorgung und die erweiterte Grundversorgung einerseits und Lehre und Forschung andererseits. Auch hier wirken die Bestimmungen des KVG wie ein Bremsklotz. Die Direktorin des Universitätsspitals Basel, Frau Rita Ziegler, stellte in der Diskussion, an der sich auch Erzie-

hungsdirektor Urs Wüthrich mit klaren und besonnenen Voten engagierte, für den Fall der landesweiten Einführung von Fallpreispauschalen per 1.1.2006 – ein Ziel, das Regierungsrat Carlo Conti als Vorsitzender der Gesundheitsdirektorenkonferenz und als Präsident von SwissDRG (<http://www.swissdrg.org>) konsequent verfolgt – in Aussicht, dass die Jahresrechnung 2006 des Universitätsspitals die vom Partner BL seit Jahren mit Nachdruck geforderte Kosten-Ausscheidung über die fallbezogene Leistungsabgeltung gestatten werde.

Die Aussichten stehen für diesen Problembereich nicht schlecht, da auch von seiten der Universität (prominent vertreten durch den Präsidenten, Prof. Rolf Soiron, den Rektor, Prof. U. Gäbler, und den Dekan der Medizinischen Fakultät, Prof. A. Perruchoud) mit Nachdruck auf eine klare Kostenausscheidung gedrängt wird.

Wo besteht der grösste Handlungsbedarf?

Hier muss der Verfasser dieser Zeilen etwas zurückblenden, um der geeigneten Leserin bzw. dem geeigneten Leser seinen Standpunkt verständlich zu machen. Lange vor der Fusion der beiden fricktalischen Regionalspitäler, im Jahre 1994, wurde am Regionalspital Rheinfelden auf Initiative von Kurt Jakober und mit der einhelligen Unterstützung der Geschäftsleitung, also von Chefärzten und Pflegedienstleitung, ein Pilotprojekt der Spitalfinanzierung eingeführt, welches erstmals einem öffentlichen Spital die volle unternehmerische Verantwortung übertrug. Der entscheidende Schritt war der Verzicht auf Defizitdeckung und die fallweise Finanzierung der Hospitalisation über Abteilungspauschalen.

Das Modell stiess zunächst auf den erbitterten Widerstand der kantonalen Finanzdirektion, die einen Kontrollverlust befürchtete. Es musste in mühseli-

gen Verhandlungen ein modernes Controlling eingeführt werden, in dem unter anderem Rehospitalisationen innert 7 Tagen für die gleiche Indikation als Garantiearbeit klassifiziert wurden, in dem auch als Kriterium für die Vertragseinhaltung die Entwicklung der Verlegungspraxis in Zentrumsspitäler Eingang gefunden hat. Es dürfte aus diesen knappen Hinweisen klar hervorgehen, dass kein Raum für faule Tricks gegeben wurde. Nachdem das Rheinfelder Modell mehrere Jahre in aller Stille mit Erfolg praktiziert worden war, wurde es flächendeckend für alle Spitäler des Kantons Aargau eingeführt, nicht ohne Zähneknirschen von seiten jener Häuser, welche noch nicht definitiv vom Gedanken der Defizitdeckung ex post Abschied genommen hatten.

Der entscheidende Faktor für den Erfolg dieses Modells war und ist die unternehmerische Autonomie des Spitals. Nur die nach modernen Kriterien arbeitende operative Führung eines Spitals selbst kann wissen, wo und wann investiert werden kann und muss, ob nun die Beschaffung einer neuen Geschirrwaschmaschine für die Küche dringender ist als der Ersatz eines nicht mehr der neuesten Generation angehörenden, jedoch noch funktionstüchtigen Ultraschallgeräts. Diese Logik, die jedem Inhaber einer Arztpraxis ohne weiteres einleuchtet, durfte und darf im Spitalwesen offenbar keine Gültigkeit haben. Manchmal möchte es einem scheinen, es werde hier mitten in einer von Wettbewerb und Markt geprägten Gesellschaft eine Kommandowirtschaft betrieben, wie sie bis 1989 in Osteuropa bestand, vorbei an den realen Bedürfnissen der Patienten, der Pflegenden und der Ärzteschaft.

Dogmatische Gesundheitspolitiker – es gibt sie auf der Linken wie der Rechten – erheben schon bei der Erwähnung des Begriffs unternehmerische Autonomie den Warnfinger der «Mengenausweitung». Solange der demographische

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!

Trend in diesem Land sich nicht durch Katastrophen oder Krieg dramatisch verändert und solange die medizinische Forschung und die medizinische Technologie nicht abgewürgt werden, wird es ein Leistungs- und damit ein Kostenwachstum im Gesundheitswesen geben. Die Frage ist dann richtig gestellt, wenn die Indikationen und die Prozessqualität der Leistungserbringung kritisch hinterfragt, kontrolliert und evaluiert werden und wenn falsche Anreize ausgeschaltet werden. Sämtliche Investitionen, die unter dem Regime des Globalbudgets in Rheinfelden und in Laufenburg getätigt wurden, konnten ohne Zusatzkredite des aargauischen Grossen Rates getätigt werden, und wenn das Thema Mengenausweitung zur Sprache kommt, ist daran zu erinnern, dass eine konsequente Gewinnabschöpfung von 50% durch Kanton und Gemeinden und

eine Rabattierung der Fallpauschalen bei Überschreitung der budgetierten Fallzahl pro Jahr mit 34% durchaus Wirkung zeigen.

Auf diesem persönlich gefärbten Hintergrund dürfte es verständlich sein, warum der Gastautor hier ein überzeugtes Plädoyer dafür einlegt, der Verselbständigung der Spitäler in unserer Region, insbesondere auch der grossen öffentlichen Spitäler, erste Priorität einzuräumen und die Staats-Holdings-Phantasien, die in manchen Administrationen noch immer gepflegt werden, zu begraben. Unternehmerisch selbständigen, gut geführten Spitälern können Leistungsaufträge für die Grundversorgung, für die erweiterte Grundversorgung und gegebenenfalls für Spezialdisziplinen erteilt werden, die sie nach bestem Wissen und Gewissen erfüllen werden, unabhängig davon, ob sie nun die Rechtsform einer Stiftung oder

einer Aktiengesellschaft haben. Nur so können wir sicher sein, dass die 29 000 Beschäftigten im Gesundheitswesen der Nordwestschweiz auch in Zukunft mit Freude und Engagement ihre verantwortungsvolle Arbeit leisten werden und am Erfolg ihrer Unternehmungen, von der Arztpraxis bis ins Universitätsspital, werden teilhaben können.

Die sorgsam gepflegte und bei passender Gelegenheit reaktivierte «Hülftenschanz-Neurose» aber sollten wir nun definitiv überwinden und uns auf die Zukunft konzentrieren. In diesem Zusammenhang noch eine weitere, realpolitische Empfehlung: ein überzeugtes Ja zum Neuen Finanzausgleich NFA auf Bundesebene, über den wir im November abstimmen werden. Dieser enthält Bestimmungen, welche massgeblich zu einer Entspannung im Bereich der interkantonalen Kooperation beitragen werden.

Gesundheitspolitik

Die KVG-Revision: Absichten des Bundesrates

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Nach dem Scheitern der KVG-Revision im Nationalrat hat der Bundesrat die verschiedenen Revisionsthemen nach zeitlicher Dringlichkeit und politischer Opportunität in mehrere Einzelvorlagen («Pakete») aufgeteilt. Grundsätzlich ist es damit schwieriger geworden, das Referendum zu ergreifen, da unter Umständen gegen mehrere Beschlüsse opponiert werden und die Stimmbürger über verschiedene Teilrevisionen abstimmen müssten. Nachfolgend werden die wichtigsten Revisionspunkte zusammengefasst und mit einem Kommentar aus Sicht der ärztlichen Interessenlage versehen.

Vertragsfreiheit/Aufhebung des Kontrahierungszwanges

Der Bundesrat möchte im ambulanten Sektor die befristete Regelung der Zulassung durch den Zulassungsstopp durch

die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ersetzen. Versorgungsengpässe möchte der Bundesrat verhindern, indem die Kantone eine Mindestanzahl von Leistungserbringern festlegen, mit denen die Versicherer Verträge abschliessen müssen. Gemäss Gesetzesentwurf würden alle bei der Einführung des Gesetzes tätigen Leistungserbringer einen zweijährigen Vertrag erhalten; danach ist aber keine gesetzliche Mindestvertragsdauer mehr vorgesehen. Bei Kündigung eines Vertrages durch einen Versicherer bestünden keine Rekursmöglichkeiten. Ein Klagerecht würde einseitig nur den Versicherern zugestanden. Für Vertragsverstösse der Versicherer sind keine Regelungen vorgesehen.

Kommentar: Die Wahlfreiheit für den Patienten könnte massiv eingeschränkt und durch eine vom Bundesrat bisher wohl nicht bemerkte Risikoselektion ersetzt werden. Eine Intervention der Berufsverbände

wäre durch diese Gesetzesveränderungen kaum mehr möglich, der Tarmed-Tarif höchstens noch als Tarifstruktur sinnvoll, sonst aber Makulatur. Ähnlich wie heute bei den Telekommunikationstarifen wären die Preise für die Patienten kaum mehr transparent. Entsprechend bereitet sich die FMH auf ein Referendum gegen diesen Teil der KVG-Revision vor.

Risikoausgleich

Der Bundesrat sieht den aktuellen, bis Ende 2005 befristeten Risikoausgleich als genügend wirksam an und schlägt vor, diese Regelung um fünf Jahre zu verlängern. In dieser Zeit will er die Einwände von Experten gegen die bisherige Berechnung nach Alter, Geschlecht und Herkunfts-Region der Versicherten überprüfen.

Kommentar: Die Bedeutung des Risikoausgleiches für die Ärzteschaft wird unterschätzt. Sollte der Kontrahierungszwang

aufgehoben werden, besteht ohne eine Verbesserung des Risikoausgleiches die Gefahr, dass die Krankenkassen beim Vertragsabschluss keine «schwarzen Schafe» ausschliessen, sondern Risikoselektion betreiben, und diejenigen Praxen nicht kontrollieren, die die teuren Patienten behandeln. Die Marktmechanismen würden ad absurdum geführt.

Kostenbeteiligung

Da für die Kostenentwicklung nicht die Kassenzulässigkeit einer Leistung per se entscheidend sei, sondern deren unangemessene Anwendung im Einzelfall, möchte der Bundesrat die Eigenverantwortung der Versicherten stärken, indem der relative Selbstbehalt auf 20% (bei Kindern 10%) erhöht wird. Da die absolute Belastungsgrenze bei jährlich 700 Franken bleiben soll, sollten chronisch kranke Patienten nicht zusätzlich belastet werden.

Kommentar: Ohne wesentliche Qualitätseinbuße ist ein kleiner Einfluss auf das in Praxen und Notfallstationen erbrachte Volumen an Behandlungen möglich. Der Bundesrat präsentiert jedoch eine massvolle Verstärkung der Eigenverantwortung der Patienten ohne zusätzliche Belastung der durch dessen übrige Revisionsabsichten ohnehin schon benachteiligten chronischen und schwerkranken Patienten.

Managed Care

Der Bundesrat möchte den in der gescheiterten KVG-Reform noch vorgesehenen Zwang, dass Versicherer Managed-Care-Modelle mit Budgetverantwortung durch die Leistungserbringer anbieten müssen, nicht mehr ins Gesetz einbringen. Stattdessen will er unabhängig von der Frage der Vertragsfreiheit Netzwerke als besondere Versicherungsform definieren und gesetzlich regeln.

Kommentar: Grundsätzlich scheint dieses Vorgehen sinnvoll und ermöglicht auch Weiterentwicklungen von Managed-Care-Systemen. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass für die Ärzteschaft oder die Patienten unakzeptable Bestimmungen nicht plötzlich in einer Verordnung auftauchen!

Patientenkarte

Durch die Einführung einer Patientenkarte hofft der Bundesrat, die Anzahl unnötiger Doppeluntersuchungen einschränken zu können.

Kommentar: Langfristig handelt es sich hier um eine sinnvolle Massnahme. Die Machbarkeit dieser Karte ist sowohl auf der technischen, finanziellen, aber auch datenschutzrechtlichen Seite noch zu wenig geprüft. Zur Zeit läuft bekanntlich ein Pilotversuch im Kanton Tessin.

Pflegefinanzierung

Da die Pflegeheime die Pflegekosten in naher Zukunft transparent erheben werden, fallen die bisher vom Bundesrat festgelegten Rahmentarife weg. Ohne neue gesetzliche Regelung müssten die Krankenkassen die ausgewiesenen Pflegekosten voll übernehmen. Damit wäre ein starker Kostenschub für das gesamte Versicherungssystem zu erwarten. Der Bundesrat schlägt vor, die Rahmentarife vorerst einzufrieren und in einer zweiten Stufe eine differenzierte Regelung der Pflegekostenfinanzierung zu erarbeiten. Er erachtet es als sinnvoll, dieses als «politisch heikel» eingestufte Thema von den anderen Revisionspunkten zu entkoppeln.

Kommentar: Kein direkter Einfluss auf die Ärzteschaft. Die mit der späteren Revision zu erwartende Zunahme der Pflegekosten muss aber transparent ausgewiesen werden können, damit die dann eintretende Zunahme der OKP-Kosten nicht einfach auf die Ärzteschaft abgeschoben werden kann.

Spitalfinanzierung

In einer ersten Phase möchte der Bundesrat die erst kürzlich mit einem dringlichen Bundesgesetz angepasste Spitalfinanzierung (Neuregelung der Leistungspflicht der Kantone bei Hospitalisierung zusatzversicherter Patienten) unverändert belassen. In naher Zukunft will der Bundesrat zur «dual-fixen» Leistungsfinanzierung übergehen. Dieses System bedeutete, dass nicht mehr einzelne Objekte (z.B. ein Kantonsspital) finanziert werden, sondern dass die der Spitalplanung entsprechenden Leistungen der öf-

fentlichen und privaten Spitäler unter Berücksichtigung der Investitionskosten je zur Hälfte den Kantonen und den Krankenkassen angelastet werden sollen. Dadurch erhofft sich der Bundesrat eine Erleichterung des Wettbewerbs unter den Spitalern. Die «monistische» Spitalfinanzierung, d.h. die alleinige Bezahlung der Spitalkosten durch die Versicherer, erachtet der Bundesrat erst als Lösung für eine fernere Zukunft.

Kommentar: Die Einführung der dual-fixen Leistungsfinanzierung könnte gegenüber der bisherigen Regelung Wettbewerbsnachteile für die in Privatkliniken tätigen Belegärzte reduzieren und den Patienten und zuweisenden Ärzten eine verbesserte Auswahl an Kliniken sowie administrative Vereinfachungen, insbesondere bei ausserkantonalen Hospitalisationen, versprechen.

Prämienverbilligung

Das bestehende Prämienverbilligungssystem soll optimiert werden; insbesondere sollen Familien mit Kindern weiter entlastet werden. Der Bundesrat will dazu differenziertere Sozialziele als bisher vorschreiben und die Bundesmittel um 200 Millionen Franken erhöhen. Kürzlich haben die Kantone vorgeschlagen, anstelle der komplizierten einkommensabhängigen Bundesregelung, die Kinderprämien abzuschaffen und die Erwachsenenprämien entsprechend zu erhöhen.

Kommentar: Kein direkter Einfluss auf die Ärzteschaft. Die Verbesserung dieses Systems sollte aber in den Statistiken und den daraus abgeleiteten Medienberichten zur Prämienbelastung besser als bisher sichtbar werden. Viele Patienten realisieren bisher gar nicht recht, weshalb sie jeden Monat von der Ausgleichskasse Geld erhalten! Der Bundesrat sollte auch darauf achten, dass keine unnötigen bürokratischen Strukturen zur Verwaltung dieser Prämienverbilligung erforderlich werden, und ein möglichst einfaches Verfahren wählen.

Der Risikoausgleich geht nicht nur die Krankenkassen etwas an

Dr. med. F. Rohrer, Innere Medizin FMH, Lausen

Neben der Kosteneindämmung, der sinnvollen Ausweitung des Leistungskataloges und der Regelung der Finanzierung der Krankenversicherung gehört die Verstärkung der Solidarität unter den Versicherten seit Jahren zu den Eckwerten jeder KVG-Revision. Mit der Einführung der vollen Freizügigkeit (Versicherungswechsel ohne Gesundheitsprüfung und ohne Altersbeschränkungen) bei gleichem Leistungspaket für die innerhalb des Obligatoriums Versicherten wurde ein Ausgleich der Risiken der einzelnen Versicherer notwendig. Diejenigen Krankenkassen, die überdurchschnittlich viele ältere oder weibliche Versicherte oder Versicherte aus teuren Regionen aufweisen, erhalten aus einem von allen Krankenkassen geäußerten Fonds Ausgleichszahlungen.

Risikoausgleich und Wettbewerb

Seit seiner Einführung ist der Risikoausgleich umstritten. Der Risikoausgleich könnte den Wettbewerb verfälschen, da er bei Kassen, die schlecht wirtschaften und sich nur dank der Subventionen aus dem Risikoausgleich am Markt behaupten können, zur unerwünschten Strukturhaltung beitragen könnte. In der Wahrnehmung vieler Beobachter des Krankenkassenmarktes ist es seit der Einführung des KVG statt zur Beseitigung von Wettbewerbsnachteilen, die durch ungünstig zusammengesetzte Versicherungskollektive einzelner Versicherer bedingt werden, zu einer zunehmenden Risikoselektion, der «Jagd auf gute Risiken», gekommen. Vorerst findet diese «Jagd» noch auf Werbeplakaten statt. Häufig werden von den Marketingspezialisten der Krankenkassen OKP-Versicherungen im Paket mit für die angepeilte Versichertengruppe interessanten Zusatzversicherungen angeboten. Beispielsweise werden junge Familien mit Gratis-Zusatzversicherungen für Kinder

oder junge Männer mit hohen Vergütungen beim Besuch von Fitness-Center umworben. Gewisse Krankenkassen gründen Tochtergesellschaften mit günstigeren Prämien. Eine ausführlichere Darstellung dieser Praktiken hat der Journalist Roman Seiler kürzlich in der Wirtschaftszeitung «CASH» veröffentlicht. Eine Steigerung dieser «Jagd» auf gute Risiken könnte durch die unüberlegte Aufhebung des Kontrahierungszwanges erfolgen. Opfer dieser Strategie werden nicht mehr nur Kassen mit «teuren» Patienten, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte, die diese betreuen! Werden einzig die bisherigen Parameter (Alter, Geschlecht, Region) zur Beurteilung des Risikos, ob in einer Praxis höhere Kosten entstehen dürften oder nicht, verwendet, würden die oben erwähnten Fehler in ähnlicher Weise bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung von Arztpraxen auftreten und bei den Kassen zur Selektion der falschen «schwarzen Schafe» unter den Ärzten führen. Bei den Vertragsabschlüssen würden diejenigen Ärzte, die viele «teure», nämlich ältere, sozial schwache und mehrfach erkrankte Patienten – gemessen an deren Problemen sogar kostengünstig – behandeln, erheblich benachteiligt. Für das Funktionieren des Wettbewerbs, zum Erreichen des Solidaritätsziels für die Kranken und nicht nur die Einkommensschwachen und zur vernünftigen Beschränkung der Gesundheitskosten wäre aber gerade das Gegenteil notwendig: Versicherer sollten einen besonderen Anreiz erhalten, Versicherten mit schlechten Risiken zu einer effektiven und effizienten Behandlung zu verhelfen.

Ärzte und Krankenkassen im gleichen Boot?

Leider ist dieses Problem in der laufenden KVG-Revision nicht erkannt worden. Die beinahe schon ideologisch verblendete Hoffnung, die Aufhebung des Kontrahierungszwanges würde alle Probleme mit der Kostenentwicklung durch die Ent-

wicklung einer wundersamen Kreativität lösen, ist offenbar bei vielen Politikern und Meinungsmachern zu drängend. Dabei sässen Krankenkassen und Ärzteschaft im gleichen Boot, wenn es um eine verbesserte Funktion des Risikoausgleichs geht. Genauso wie diejenigen Ärzte, die die «teuren» Patienten mit all ihren Problemen optimal zu betreuen versuchen, keinen Nachteilen ausgesetzt werden sollten, müssten diejenigen Krankenkassen, die diese Patienten – auch wenn sie nicht dem Muster «alt, weiblich, teure Region» des bisherigen Risikoausgleichs entsprechen – versichern, die Möglichkeit erhalten, für ihre überdurchschnittlichen Leistungen bei diesen Patienten finanziell entlastet zu werden. Dann könnten diese Kassen ihre Energien auch weniger für die «Jagd nach gesunden Risiken» zur Verbesserung des Risikoausgleichs aufwenden, sondern sie gewännen Ressourcen, um die Betreuungsprogramme dieser Patienten zu optimieren (z.B. durch ein Disease-Management bei Herzinsuffizienz-Patienten, die immer wieder hospitalisiert werden müssen) und um ihre Dienstleistungen, z.B. die rasche Rückvergütung der Rechnungen im Tiers garant, den Versicherten gegenüber zu verbessern. Dadurch blieben die «guten» Krankenkassen, die ihre Kosten am effizientesten – und damit wohl auch dank der besten Zusammenarbeit mit Spitälern und Ärzteschaft – bewirtschaften, für ihre Kunden die attraktivsten.

Mögliche Verbesserungen des Risikoausgleichs

Genügt schon der gesunde Menschenverstand, um feststellen zu können, dass der bisherige Risikoausgleich weder auf der Kassen- noch auf der Ärzteseite zu befriedigenden Resultaten führen kann, ist es viel schwieriger, praktische Ratschläge zu dessen Verbesserung zu finden. Ausländische Erfahrungen sind häufig nicht übertragbar, da abhängig von den dort gewählten Versicherungssystemen ganz

andere Fragestellungen im Vordergrund stehen können. Gegenüber den bisher verwendeten, bereits erwähnten einfachen Indikatoren ist eine deutlich verbesserte Abbildung der Morbidität des Kollektivs der Versicherten Grundvoraussetzung zur Verbesserung des Systems. Ein bereits bekanntes, auch bereits in der Synapse (Nummer 3, 2003) vorgestelltes, auf seine Praxistauglichkeit geprüfetes System ist der Thurgauer Morbiditätsindikator. Viele neuere Systeme arbeiten mit Diagnosekostengruppen. Diese fassen Diagnosen so zusammen, dass 15–30 Gruppen von Diagnosen mit ähnlichen Kostenrisiken für die Zukunft entstehen. Aufgrund der Einteilung aller Versicherten einer Krankenkasse in diese Gruppen kann nun der Risikoausgleich genauer stratifiziert werden. Diagnosekostengruppen könnten sich auf ambulante, stationäre oder kombinierte Behandlungen beziehen. Leider gibt es in der Schweiz noch kaum Daten, die die Bildung ambulanter Diagnosekostengruppen ermöglichen. Bei der Festlegung dieser Gruppen gälte es, aufgrund von Modellrechnungen einen sinnvollen Kompromiss zwischen möglichst exakter Bestimmung der Morbidität und der für die praktische Anwendung erforderlichen Einfachheit zu finden. Solche Systeme sind z. Zt. in Belgien, Holland und Deutschland in Vorbereitung; teilweise sind diese bereits eingeführt. Fehlen aber die Diagnoseangaben oder sind diese nicht erhältlich, können aufgrund der im Vorjahr erfolgten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten, wie z.B. Spitalaufenthalt oder Medikamenten, Gruppen unterschiedlichen Risikos gebildet und damit ein Risikoausgleich berechnet werden. Eine Alternative zur Gestaltung eines Risikoausgleichs unter den Krankenkassen wäre die Bildung von Hochrisiko-Pools, die in einigen Ländern auch mit Steuergeldern unterhalten werden. Kassen mit vielen Versicherten mit nied-

rigerem Erkrankungsrisiko müssten mehr in diesen Pool einzahlen als diejenigen mit vielen «teuren» Versicherten. Letztere werden damit durch den Risikoausgleich entsprechend entlastet. Alle nicht von der Diagnose abhängigen Indikatoren erlauben einen weniger exakten Risikoausgleich als Diagnosekostengruppen und reduzieren damit dessen Wirksamkeit. Solange aber diese Systeme bei den Krankenkassen den Anreiz zur Risikoselektion vermindern, können sie durchaus ihren Zweck erfüllen. In den bisherigen parlamentarischen Diskussionen zur KVG-Revision wurden verschiedentlich Vorstösse zur Verbesserung des Risikoausgleichs unternommen. Da sich das Parlament der Problematik des Risikoausgleichs bisher nicht bewusst war, wurden diese allerdings alle abgelehnt.

Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges fördert die Risikoselektion

Brisant wird die fehlende Diskussion über den Risikoausgleich für uns Ärzte im Zusammenhang mit der vom Parlament geplanten Abschaffung des Kontrahierungszwanges. Diese Gesetzesänderung würde den Krankenkassen ein neues und wohl auch effizientes Mittel zur Risikoselektion in die Hand geben. Sie könnten mit der gezielten Verweigerung von Verträgen erreichen, dass sie kränkere Patienten an andere Versicherer abgeben könnten, z.B. könnten Ärzten, die viele HIV- oder Suchtpatienten behandeln, neue Verträge verweigert werden. Deren Patienten müssten wohl zu einer anderen Krankenkasse, die mit ihrem Arzt noch einen Vertrag unterhält, wechseln, vielleicht würden sie auch vermehrt in staatliche Institutionen gezwungen, wo die entstehenden Defizite und die finanziellen Folgen der durch den Unterbruch der Behandlungskontinuität weniger effizienten Behandlung schliesslich vom Steuerzahler übernommen werden müssen.

Die Versuchung, die Risikoselektion durch gezielte Kontrahierung von Ärzten oder Spitalern zu verstärken, ist bei den Versicherern erst dann behoben, wenn durch eine bessere Ausgestaltung des Risikoausgleichs nur noch ein geringer Anreiz zur Risikoselektion besteht und der «teure» Patient auf der Kostenseite für den Versicherer nicht mehr negativ ins Gewicht fällt. Bleibt die heutige Regelung des Risikoausgleichs bestehen, wird die Aufhebung des Kontrahierungszwanges zu einer verstärkten Risikoselektion auf dem Rücken der Ärzteschaft führen! Um eine günstigere Risikoverteilung ihrer Versicherten zu erhalten, könnte im Sinne einer Risikoselektion denjenigen Ärzten die Kontrahierung verweigert werden, die wirtschaftlich, zweckmässig, wirksam und mit grossem Engagement die «teuren» Patienten über Jahre betreuen. Sollte das Parlament weiterhin an der Aufhebung des Kontrahierungszwanges festhalten, muss es sich zunächst mit der Neuregelung des Risikoausgleichs beschäftigen. Unterlässt es dies, werden die Versicherer – gezwungenerweise – weiterhin grossenteils statt in die Qualität der Versorgung und das Management der Gesundheitskosten in die Suche nach Versicherten mit geringen Erkrankungsrisiken investieren. Die kränkeren Versicherten wären neben den Ärztinnen und Ärzten, die ungerechtfertigterweise ihre Kontrahierung verlieren, die Hauptleidtragenden bei einer unbedarften Aufhebung des Kontrahierungszwanges.

Literatur

- Oggier W. Risikoausgleich oder Risikoselektion? Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1626–9
- Spycher S. Die Reform des Risikoausgleichs als Vorbedingung für die Aufhebung des Kontrahierungszwanges. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(31):1630–5
- Seiler R. Das sind die besten Krankenkassen. CASH 2004;36:11–4

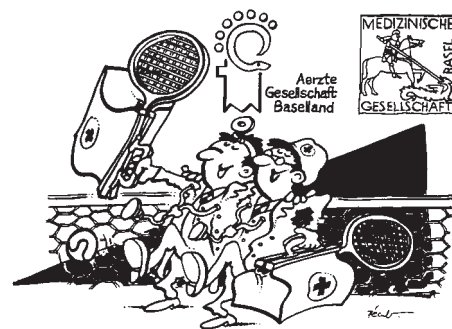
13. MED INDOORS am 6. November 2004

Das traditionelle Tennisturnier der beiden Ärztesellschaften Basel-Stadt und Basellandschaft findet am 6.11.2004 in 13. Auflage wiederum im Sportzenter Paradies in Allschwil statt. Die Spiele werden zwischen 13.30 und 19 Uhr ausgetragen. Anschliessend besteht die Gelegenheit zu einem gemeinsamen Nachtessen. Der freundschaftliche Anlass bietet wie jedes Jahr Gelegenheit zu rassigen Spielen in lockerer und wechselnder Zusammensetzung. Es ist eine weitere Gelegenheit zur kollegialen Begegnung in

einem ungezwungenen Rahmen. Der Anlass dient der Förderung der gesellschaftlichen Beziehungen unter den beiden benachbarten Ärztesellschaften. Die Anmeldeformulare werden mit dieser Synapse versandt. Wir werden wie jedes Jahr von der Firma Roche Pharma Schweiz unterstützt.

Mit sportlichen und kollegialen Grüssen

Dr. med. Urs Marti, MedGesBS,
und Dr. med. Walter Seelig, AeGesBL



PROGRAMMZEITUNG KULTOUR DE BÂLE

Immer auf Tour - die ProgrammZeitung nimmt Sie monatlich auf rund 72 Seiten mit auf eine Reise durch Basels Kinos, Theater, Konzerte und Ausstellungen. Früher wissen, was wann wo läuft - und mit den redaktionellen Beiträgen, Rock- und Pop-News, Veranstaltervorschauen oder unserer Agenda mit über 1000 Ausgeh-Tipps besser informiert sein. Einfach beiliegende Abokarte ausfüllen und einsenden oder unter www.programmzeitung.ch Ihre eigene Ausgabe bestellen. Ihre ProgrammZeitung.

TINK TOUR



Vielfältige Symbiosen

Kultur im Schönthal

Dagmar Brunner

Seit vier Jahren bezaubert ein Baselbieter Landstrich Kunstsinnige und Erholungsbedürftige: Schönthal bei Langenbruck.

Hier stimmt auf den ersten Blick einfach alles: die Natur, die Kunst und die Architektur. Und auch der zweite Blick bringt keine Enttäuschung, im Gegenteil: Selbst Details und Nebensächlichkeiten bezeugen, dass hier ein tief mit dem Ort verbundener, mit Sachverstand, Geschmack und wohl auch mit städtischer Börse versehener Mensch gestaltend wirkt. John Schmid, einst ein Leader der Schweizer Werbebranche, hat sich und einer wachsenden Fangemeinde an diesem Flecken ein Paradies auf Erden geschaffen.

Hundert Hektaren gross ist das Gelände, das er 1985 – auf der Suche nach einem Refugium – von einem privaten Eigentümer erwerben konnte, eine typische, freilich durch Menschenhand entstandene und unterhaltene Juralandschaft mit Feldern, Wald, Einzelbäumen, Gewässern, Wegen und Scheunen. Dazu ein kleines Kloster mit Kirche und einem Bauernbetrieb, ein Ensemble wie eine Filmkulisse. Die westliche Klosterwand gilt übrigens als älteste Gebäudefassade des Baselbiets und als Perle romanischer Architektur. Die der Muttergottes gewidmeten Räume stammen aus dem 12. Jahrhundert, beherbergten Benediktinermönche, später -nonnen, gingen 1836 in Privatbesitz über und dienen schon seit über 450 Jahren weltlichen Zwecken: vom Sennhof über die Ziegelbrennerei zum Geräteraum und Holzschopf. Seit 1967 steht die Klosterkirche unter Baselbieter Denkmalschutz.

Im Dialog mit der Natur

Nach ebenso aufwendigen wie sorgfältigen (und ohne Kantonshilfe finanzierten) Umbau- und Renovationsarbeiten verwandelte sich der Ort ab 2000 zunehmend in eine Kulturstätte, die geprägt ist von der Leidenschaft des Mäzens John Schmid für Skulpturen und sogenannte Landart, d.h. Kunst, die im Dialog mit der Natur (ent-)steht. Derzeit sind 26 Werke, jedes bestechend plaziert, auf dem ganzen Gelände verteilt, und es hat noch Raum für weitere. Geschaffen wurden sie zum Teil direkt vor

Ort von in- und ausländischen KünstlerInnen der Gegenwart (etliche davon aus Grossbritannien), die sich dazu jeweils längere Zeit im Schönthal aufhielten. Poetisch, abgründig, harmonisch, sperrig oder kraftvoll ergänzen und kontrastieren die Plastiken die Landschaft und ermöglichen dadurch eine andere, vertiefte Wahrnehmung von Kunst und Natur.

Balsam für die Seele

Während die Skulpturenlandschaft ganzjährig und notfalls mit bereitgestellten Gummistiefeln besucht werden kann – übrigens empfiehlt es sich, für einen Spaziergang den Situationsplan mitzunehmen, da die Werke nicht angeschrieben sind –, finden in der Galerie im Kirchenraum und im Abtzimmer wechselnde Ausstellungen statt. Auch diese werden von John Schmid umsichtig betreut, der für sein Engagement kürzlich mit dem Baselbieter Kulturpreis 2004 ausgezeichnet wurde.

Ein Aufenthalt im Schönthal ist Balsam für die Seele, und wer ihn – z.B. für eine Retraite – verlängern will, kann sogar dort übernachten, was zwar nicht billig, aber seinen Preis wert ist. Neben Küche, Bad und fünf Zimmern, deren Namen Dorothea, Mecht-

hild, Adelheid an die letzten, vertriebenen Nonnen erinnern, gibt es zwei Seminarräume (einen davon mit Cheminée) – alles von schlichter Eleganz und Grosszügigkeit. In der Bibliothek finden sich Kunstkarten, Poster, Videos, Dokumentationen und reichlich Lektüre, auf sonstige touristische Angebote wird bewusst verzichtet. Kulinarisch mit Selbstgemachtem versorgen können sich Gäste auch im Lädeli von Käthi Blaser, die mit ihrem Mann den nahe gelegenen Bauernbetrieb pflegt. Ihr Pächterhaus, das sie heute anstelle des ehemaligen Stiftsgebäudes bewohnen, ist ein attraktiver (prämiertes) Neubau. So sind im Schönthal Vergangenheit und Gegenwart vielfältig verschränkt und machen den Ort zu einem besonderen Erlebnis.

Sculpture at Schoenthal im Kloster Schönthal, Langenbruck (mit ÖV via Liestal, Waldenburg, Langenbruck, dort 2 km/20 Min. zu Fuss). Klosterkirche: Fr 14–17 Uhr, Sa/So 11–18 Uhr, Infos: T 062 390 11 60 oder 061 706 76 76, www.schoenthal.ch

Buchtipp: Fotoband Jennifer Gough-Cooper: The Nature of Place, mit Texten von Guido Magnaguagno, Markus Ritter und John Schmid. Edition Stiftung Sculpture at Schoenthal, Baag Druck & Verlag, 2004. 24 Abb. s/w, kt., CHF 48.–



Kloster Schönthal
Foto:
Jennifer Gough-Cooper

ProgrammZeitung: Kultur im Raum Basel

Die ProgrammZeitung nimmt Sie monatlich mit auf eine Reise durch die Kinos, Theater, Konzerte und Ausstellungen im Raum Basel. Seit über 17 Jahren berichtet die einzige unabhängige Kulturstimme der Region engagiert über kulturelle Menschen, Orte und Anlässe. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme in übersichtlicher Form, und in der Agenda erwarten Sie jeden Monat über 1000 Ausgeh-Tips. Mit der ProgrammZeitung früher wissen, was wann wo läuft.

Bestellen Sie ein Probeabo (3 Ausgaben für CHF 10.–) oder gleich ein Jahresabo (CHF 69.–) direkt bei: **ProgrammZeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel**
T 061 262 20 40, F 061 262 20 39
abo@programmzeitung.ch; www.programmzeitung.ch

Die erstaunliche Robustheit des Lebens

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

Unsere Schulmedizin macht am Patienten Bestandesaufnahmen und listet die festgestellten Befunde als Diagnoseliste auf. Die Abklärung erfolgt, indem man sich an den gesammelten Leitsymptomen orientiert und jedes einzelne anhand von Flow-Charts immer weiter einengt, bis man in einer Endgasse der Flow-Chart deren Lösungsvorschlag findet. Dieser wird auf die Diagnose/Therapie-Liste gesetzt und das nächste Leitsymptom angegangen. So erstellt man in der naturwissenschaftlichen Medizin korrekte Beurteilungen eines Patienten. Das ergibt eine lineare Summation der gesammelten Einzelanalysen. Nach dem Motto: A well person is an uncompletely updated patient.

Nun verhält sich ein komplexes biologisches System wie der Mensch nicht linear. Aufgrund der vielen Störfaktoren, die dauernd auf ihn einwirken, sollte er eigentlich gar nicht lebensfähig sein. Da müssen in diesem System noch mehr Faktoren mitspielen als nur die Summe der Störfaktoren. Die Systembiologie postuliert ein Phänomen «Robustheit» und

meint damit «die Fähigkeit eines biologischen Systems, seine Funktionen aufrechtzuerhalten, obwohl es durch äussere Faktoren gestört wird». Dieser Robustheit des Lebens möchte die Systembiologie nachgehen (BaZ 3./4. Juli 2004). Motto: Wer herausfinden will, warum ein Stahlschiff schwimmt, erfährt dies nicht, indem er es in seine Einzelteile zerlegt und diese ins Wasser wirft.

Kommt es vielleicht über diesen Umweg zu einer wissenschaftlich begründbaren holistischen Betrachtungsweise oder gar zu einer Annäherung oder Akzeptanz der intuitiven holistischen Betrachtungsweise von Menschen des mittleren Verstandes wie Lehrern, Schriftstellern, Lebensmittelchemikern, Hausärzten, die die neuesten, im geschützten Raum erstellten Lehrmeinungen unserer akademischen Elite im praktischen Alltag auf ihre Breitentauglichkeit überprüfen können? Vielleicht können die Erbringer der wissenschaftlichen Spitzenarbeiten durch systembiologische Überlegungen die Abweichungen einer «ganzheitlichen» Medizin besser nachvollziehen und nicht mehr als Ausdruck fehlender Kompetenz erfahren, sondern als gleichberechtigten

Unterschied des Blickwinkels. Dann würden die immer teilweise vorhandenen rechthaberischen Animositäten zwischen Naturheilkundlern und Schulmedizinern, zwischen Allgemein-Internisten und Spezial-Internisten sowie zwischen Hausärzten und Spezialisten endlich aufhören. Die Meinungen können durchaus verschieden sein. Schliesslich speichert und reproduziert ein Aufklärungsflieger auch andere Bilder vom Kampffeld als der am Boden kämpfende Infanterist, obwohl beide korrekt ihre erlebte Realität desselben Kampfes zur selben Zeit schildern. Denn «Die Wahrheit» kennt trotz noch so evidenzbasierter Datenlage eh niemand.

Für den praktischen Teil der Facharztprüfung (FAP) in Allgemeinmedizin in unserer Region sucht Edy Riesen dringend weitere AllgemeinmedizinerInnen als Prüfer. Wer Interesse hat, Co-Examinator und/oder Examinator zu werden, kann sich bei Edy Riesen (061 931 17 05, edy.riesen@hin.ch) nach den Modalitäten erkundigen.

Mitteilung der Santésuisse

Rechnungsstellerstatistik 2003

Gemäss einer Mitteilung der Geschäftsstelle Basel der Santésuisse steht die Rechnungsstellerstatistik 2003 der Krankenversicherer ab sofort zur Verfügung. Gemäss Abklärungen mit dem Eidg. Datenschutzbeauftragten dürfen diese Statistikdaten nur den einzelnen Ärztinnen oder Ärzten persönlich abgegeben werden.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre persönlichen Statistikdaten bei der Santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, 4002 Basel, unter Angabe Ihrer Registernummer (ZSR-Nummer) schriftlich anzufordern. Die Santésuisse wünscht ausdrücklich, dass Sie ein frankiertes und an Sie adressiertes Couvert einsenden.

Erste Revision der beruflichen Vorsorge – Seminar für Ärztinnen und Ärzte

*Martin Strauss, Bucher & Strauss
Versicherungen, 4059 Basel*

Die 1. BVG-Revision wird gestaffelt bis Anfang 2006 in Kraft treten. Bereits am 1.4.2004 wurden Bestimmungen rechtskräftig, welche Massnahmen zugunsten einer grösseren Transparenz in bezug auf die Führung der Vorsorgeeinrichtungen und auf die paritätische Verwaltung beinhalten.

Auf den 1.1.2005 werden die restlichen revidierten Bestimmungen wirksam werden. Die steuerlichen Regelungen werden dann per 1.1.2006 in Kraft treten. Zur Anpassung der Reglemente und Abläufe bei den Versicherungsträgern ist eine Übergangsregelung vorgesehen.

Die wichtigsten Ziele der Revision sind eine verbesserte Koordination mit den Leistungen der AHV/IV und die Fortsetzung der gewohnten Lebenshaltung im Alter, insbesondere auch für Teilzeitbeschäftigte und Arbeitnehmer mit tiefem Einkommen.

In Ihrer Praxis ändern sich sowohl die Höhe der Kosten als auch der Leistungen für Sie als Arbeitgeber, aber auch für Ihre Arbeitnehmer.

Unser Seminar vermittelt Ihnen einen Überblick über die für Sie relevanten Entwicklungen in der Gesetzgebung, die zu lösenden Probleme und gibt Ihnen wertvolle Hinweise für die Umsetzung in Ihrer Praxis. Mit dem Besuch dieses Anlasses werden Sie auf dem aktuellen Wissens-

stand im Bereich der beruflichen Vorsorge sein.

Das Seminar findet am Donnerstag, 14.10.2004, ab 17:15 Uhr im Hotel Victoria beim Bahnhof SBB in Basel statt. **Die Anmeldung wollen Sie bitte mit dem diesem Heft beiliegenden Formular vornehmen.**

Die Veranstalter sind:

- Blattner & Partner, Steuer-, Vermögens- + Vorsorgeberatung, 4052 Basel
- Bucher & Strauss Versicherungen, 4059 Basel
- Rebula Treuhand, 4056 Basel

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Bei Risikopatienten an die Pneumokokken-Impfung denken!

Dr. med. Dominik Schorr,
Kantonsarzt, Liestal

Eine Zusammenstellung der Meldungen von Pneumokokken-Infektionen aus dem Kanton Basel-Landschaft zeigt, dass zahlreiche Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz oder Diabetes mellitus noch besser geschützt werden könnten.

Die Pneumokokken-Impfung ist gut eingeführt, und splenektomierte Patienten werden zuverlässig geschützt. Trotzdem bleiben Pneumokokken-Infektionen häufig. Die Auszählung der in den beiden Jahren zwischen Juli 2002 und Juni 2004 im Kanton Basel-Landschaft gemeldeten Infektionen ergab folgendes Bild:

Total Meldungen:	64
Davon Kinder unter 5 Jahren	3 (5%)
Anteil Frauen	29 (45%)
Geimpfte Personen	1 (<1%)
Verstorben	8 (12,5%)

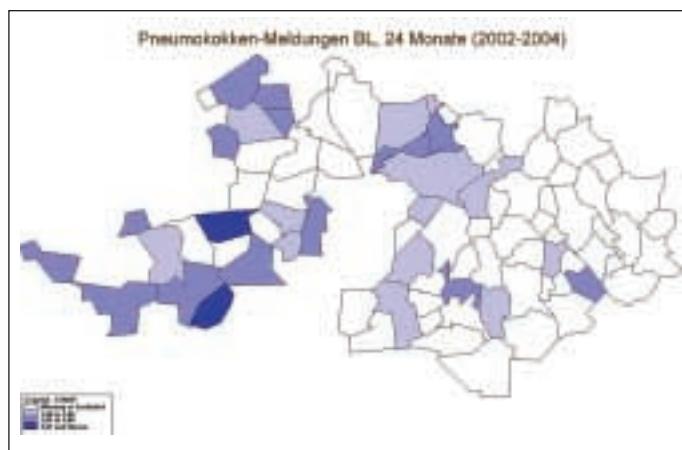
Fünf Patienten (3%) litten an einer Meningitis, 21 (33%) an einer Sepsis oder Bakteriämie und 36 (56%) an einer Pneumonie. Interessant ist die Verteilung der Risikofaktoren. Bei 23 Personen (36%) wurde keine begünstigende Grundkrankheit angegeben. Bei fast zwei Dritteln aber bestand ein erhöhtes medizinisches Risiko. Splenektomie wurde nirgends erwähnt, hingegen fanden sich folgende Angaben (zum Teil Mehrfachnennungen):

Immundepression	10 (16%)
Diabetes mellitus	9 (14%)
Chronische Lungenerkrankung	9 (14%)
Niereninsuffizienz	8 (12,5%)
Rezidivierende Atemwegsinfekte	6 (9%)
Neoplasien	6 (9%)

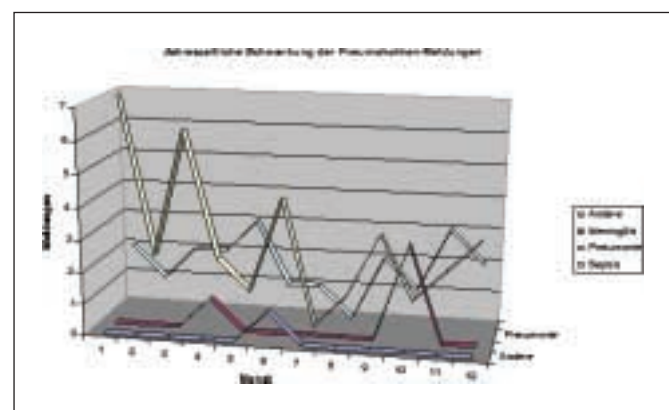
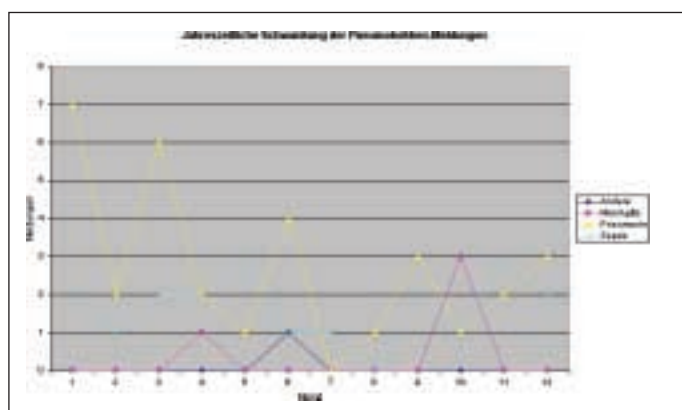
Geimpfte Patienten erkranken sehr selten an einer Pneumokokken-Infektion. Die Impfung bewirkt gemäss Literatur

bei immunkompetenten Erwachsenen einen Schutz von 70 bis 85%. Der einzige geimpfte Patient unter den Meldungen wies die Angaben «Immundepression» und «rezidivierende Atemwegsinfekte» auf. Von den zehn Patienten mit der Angabe «Immundepression» hatten vier eine weitere Risikosituation in Form rezidivierender Atemwegsinfekte (bei einem davon zusätzlich ein Lymphom). Ob die restlichen sechs unter Steroiden oder Immunsuppression standen, kann nicht erkannt werden.

Unbestreitbar ist, dass immunkompromittierte Patienten, solche mit einer chronischen Lungenerkrankung und/oder rezidivierenden Infektionen, Diabetiker und vor allem Patienten mit Niereninsuffizienz heute noch zu wenig gegen Pneumokokken geimpft werden. Hier besteht angesichts der Häufigkeit der Pneumokokken-Infektion noch ein grosses, unausgeschöpftes Präventionspotential.



Monat	Andere	Meningitis	Pneumonie	Sepsis	TOTAL
1	0	0	7	2	9
2	0	0	2	1	3
3	0	0	6	2	8
4	0	1	2	2	5
5	0	0	1	3	4
6	1	0	4	1	6
7	0	0	0	1	1
8	0	0	1	0	1
9	0	0	3	2	5
10	0	3	1	1	5
11	0	0	2	3	5
12	0	0	3	2	5
TOTAL	2	5	36	21	64



Atemschutzmasken

Frau Dr. med. A. Witschi,
Kantonsärztin, Basel

Sinn und Zweck

Im medizinischen Bereich haben Atemschutzmasken die Aufgabe, die Übertragung von Infektionskrankheiten über die Luft oder über Tröpfchen zu verhindern. Atemschutzmasken werden von exponierten Personen (z.B. Medizinalpersonal, Verwandte und Patientinnen und Patienten) getragen.

Kategorien von Atemschutzmasken

Es gibt Masken aus Material unterschiedlicher Dichte. FFP steht für «face filtering piece», wobei FFP1 für eine geringere Gewebedichte steht als FFP2 und FFP3. Im Fall einer schwerwiegenden, ansteckenden Krankheit muss eine FFP2-Maske, bei besonders hohem Ansteckungsrisiko eine FFP3-Maske getragen werden. Durchnässte Masken müssen ausgewechselt werden. Ein chirurgischer Mund-Nasen-Schutz bie-

tet den geringsten Schutz und eignet sich nicht zum Schutz vor hochpathogenen Erregern mit hoher Ansteckungsgefahr.

Wann welche Atemschutzmaske?

Diese Empfehlungen gelten nur für die ambulante Versorgung **ausserhalb** des Spitals und betreffen Patienten **und** Medizinalpersonal.

Mundschutz

Verdacht auf bakterielle Meningitis
MRSA-Besiedelung
Mumps
Verdacht auf oder bestätigte RSV-Pneumonie

FFP2 ohne Ventil

Offene Tbc
Verdacht auf oder bestätigtes SARS
Verdacht auf oder bestätigte Vogelgrippe (obwohl Mensch-zu-Mensch-Übertragung bisher nicht bewiesen)
Verdacht auf Diphtherie

Pertussis
Masern

FFP3 ohne Ventil

Verdacht auf virales hämorrhagisches Fieber
Verdacht auf oder bestätigte offene multiresistente Tbc
Verdacht auf oder bestätigte Lungenpest

Masken mit Ausatemventil

Grundsätzlich sollen **keine** Masken mit Ausatemventil verwendet werden. Diese dürfen nur in Ausnahmefällen und nur von **nicht infektiösen Personen** (z.B. betreuendes Personal) getragen werden. Das Ventil dient in diesen Fällen als Ausatemhilfe, z.B. für nicht infektiöse Personen mit Atembeschwerden oder für nicht infektiöses Personal, dass stundenlang mit Maske arbeiten muss. Infektiöse Personen dürfen **auf keinen Fall** eine Maske mit Ventil tragen, weil sie die infektiöse Luft in kanalisierter Form durch das Ventil in die Umgebung ausatmen würden!

Aus dem Vorstand

Aus dem Vorstand BS



Kostenneutralität/Syndata

Die Zahlen der ersten Kostenneutralitäts-Monate waren in Basel-Stadt zu hoch. Die MedGes-KN-Kommission musste zu den Überschreitungen Stellung nehmen. Der Taxpunktwert von 93 wurde jedoch bisher noch nicht verändert (im Gegensatz zu vielen anderen Kantonen). Die MedGes-KN-Kommission hat alle Fachgruppenobleute zu einer Informationsveranstaltung eingeladen und die Zahlen pro Fachgruppe offengelegt. Die Mitglieder der Fachgruppen, deren Zahlen den Korridor überschreiten, werden von den Obleuten direkt angesprochen. Des Weiteren wird nach wie vor einmal im Monat ein Rundschreiben (per Mail/Fax/Post/Website) der KN-Kommission versendet. Sollten Sie dieses nicht erhalten, bitten wir Sie, mit dem Sekretariat Kontakt aufzunehmen. Die Zahlen von **Syndata** sind für die jetzige Phase von grosser Wichtigkeit. Nur mit diesen Zahlen ist die Med-

Ges in der Lage, Tendenzen früh zu erkennen und die nötigen Schritte vorzunehmen. Weitere Informationen bezüglich Kostenneutralität finden Sie unter www.medges.ch, zu Syndata unter www.syndata.ch.



Notfalldienst

Die Arbeitsgruppe Notfalldienst möchte eine Medikamentenliste für notfalldienstleistende Ärzte zusammenstellen (Empfehlungen für Notfallkoffer), des Weiteren befasst sie sich mit der Revision des Notfalldienstreglementes, in welchem klar geregelt werden soll, wer dem allgemeinen Notfalldienst zugeteilt wird und wie die Qualitätskontrolle ausgeübt werden kann.



Der Arzt rät

Die Basler Zeitung (BaZ) hat der MedGes mitgeteilt, dass sie per sofort auf die mo-

natlich erscheinenden Artikel «der Arzt rät» verzichten wolle. Diese Reihe würde durch wöchentlich erscheinende Artikel auf einer neuen Gesundheitsseite künftig durch die Medgate übernommen. Die MedGes hat in einem Schreiben an die BaZ ihr Unverständnis diesen Entscheid betreffend kundgetan.



Fortbildungen

Nachdem der MedGes-Fortbildungsnachmittag vom letzten Mai ein grosser Erfolg war, hat die Fortbildungskommission beschlossen, am **16.12.2004** einen weiteren fächerübergreifenden Fortbildungsnachmittag zu organisieren. Die diesbezügliche Einladung liegt dieser Synapse bei.



Synapse

Für die Synapse-Redaktionskommission werden dringend neue Mitglieder gesucht. Die MedGes ist im Vergleich mit der AeGBL unterdotiert (nur zwei Mitglieder). Interessierte sollen sich beim MedGes-Sekretariat melden!

Aus dem Vorstand BL

Broschüre Patientenrecht

Die Gesundheitsförderung Baselland hat eine neue Broschüre verfasst, welche Patientinnen und Patienten über ihre Rechte im Umgang mit Institutionen des Gesundheitswesens informiert. Sie basiert auf einer im Kanton Tessin erschienenen Fibel ähnlicher Art und wurde in der Synapse 5, 2004 (S. 8), bereits vorgestellt. Der Arbeitsausschuss hat dieses Informationsmedium gutgeheissen. Sie werden demnächst ein Exemplar dieser Broschüre mit der Bitte um Verteilung an die Patienten erhalten.

Vorlage kantonales Alkohol- und Tabakgesetz

Der Vorstand hat sich für dieses Gesetz ausgesprochen, da es aus medizinischer Sicht nur befürwortet werden kann. Es soll damit u.a. die Werbung für Tabak und Alkohol verboten werden. Es gibt Studien aus anderen Ländern, die zeigen, dass durch diese Massnahme der Konsum dieser Suchtmittel rückläufig ist.

Vorlage SD-Verbotsgesetz – cool bleiben!

Der Regierungsrat hat die Vorlage zum SD-Verbotsgesetz an den Landrat weitergeleitet. In der aktuellen Phase ist es daher wichtig, mit Landräten ins Gespräch zu kommen. Reden Sie darüber, speziell, wenn Politikerinnen und Politiker unter Ihren Bekannten sind. Gerne unterstützen wir Sie dabei. Das Sekretariat in Sissach oder Mitglieder aus dem Vorstand bieten jederzeit ihre Hilfe an. Von den teilweise schier unerträglichen Pressebeiträgen sollten wir uns nicht erschüttern lassen. Wir alle wissen aus anderen Kampagnen, dass das leider zum «business» gehört – und meistens gegen den Absender spricht. Wir werden darauf reagieren – zu gegebener Zeit in gegebener Art.

Regionale Spitalplanung Baselland–Basel-Stadt

Eine Delegation des Vorstands hatte Gelegenheit, auf Einladung der Volkswirt-

schafts- und Sanitätsdirektion VSD Ende August an einer hochdotierten Tagung über die regionale Spitalplanung teilzunehmen. Es hat sich gezeigt, dass ein kleiner Schritt in eine gemeinsame Zukunft möglich geworden ist. Baselland will zwar seine eigenen Spitäler weiterhin unabhängig von der Stadt führen, hat sich aber langfristig klar zur gemeinsamen Trägerschaft der Universität und damit der Medizinischen Fakultät (nicht des Universitätsspitals) ausgesprochen. Ausserdem soll die von der Bevölkerung stark bemängelte Freizügigkeit wieder verbessert und auch die Privatspitäler eingebunden werden. Man will langfristig «Leistungen» statt «Betten» finanzieren.

www.aerzte-bl.ch immer aktuell

Unsere Website wird von Webmaster Dr. Urs Argast regelmässig auf den neuesten Stand gebracht. Sowohl die Synapsebeiträge wie auch der Tarmed-Newsletter und Mitgliederbriefe sind dort abrufbar, bevor die Post bei Ihnen eingetroffen ist. Möchten Sie das Notfalldienstreglement ausdrucken oder die Lohnempfehlungen für MPAs konsultieren? Also kurz mal nachsehen. Ihr Passwort für den internen Teil der Website erhalten Sie per Mail bei fschwab@hin.ch.

Dieser Ausgabe der Synapse liegt das Anmeldeformular für die **Gemeinsame Fortbildung der Ärztesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt vom Donnerstag, 11. November 2004** (Dr. med. Th. Cron, Facharzt für Kardiologie FMH: «Was ich den Herzspezialisten schon immer fragen wollte»), bei. Bitte empfehlen Sie Ihren Mitarbeiterinnen die Teilnahme an diesem Anlass.

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 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. Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 14.10.2004



Sekretariat der Ärztesellschaft 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
Marktgasse 5, 4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch