



Synapse

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

Leitartikel

Interview mit dem neuen MedGes-Präsidenten Dr. Renato Marelli

Dr. Renato Marelli (RM) ist seit März 2002 neuer Präsident der Medizinischen Gesellschaft Basel. Das Gespräch mit ihm führte Dr. Benjamin Pia (BP), Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 4051 Basel, am 27. 4. 2002.

BP: Lieber Renato, für Dich und für alle Fachärztinnen und Fachärzte FMH für Psychiatrie und Psychotherapie in der Regio war es ein grosser Tag, als Du am 21. 3. 2002 zum neuen MedGes-Präsidenten gewählt wurdest. Herzliche Gratulation auch im Namen aller Kolleginnen und Kollegen in BL und BS! Wir sind gespannt auf Deine MedGes-Führung und fragen uns: gibt es etwas Spezifisches, was Du als Psychiater

und Psychotherapeut FMH in Dein Mandat einfließen lassen wirst?

RM: In der Tat glaube ich, dass wir in der Psychiatrie und Psychotherapie viel Übung darin haben, ein Problem von verschiedenen Seiten zu betrachten, ja, dass wir, um erfolgreich tätig sein zu können, eigentlich darin unsere Hauptaufgabe erkennen müssen. Ich denke, diese berufliche Haltung ist in der Verbandsführung von Vorteil, vor allem auch, um verschiedene Standpunkte in einem heterogenen Verband wie der MedGes zu einer konstruktiven Synthese zu führen. Diese Eigenschaft ist natürlich

→ Fortsetzung Seite 3

Editorial

Im März haben wir selbstdispensierende Ärzte aus der Sonntagspresse erfahren, dass wir jährlich ungerechtfertigterweise pro Praxis 100 000 Franken aus Mustern, Vergütungen oder Rabatten einstreichen würden. Aus nicht näher bezeichneten Daten eines Marktforschungsinstitutes und aus den Konkordanzzahlen hat dies eine Krankenkasse berechnen und gleich an die Medien verteilen lassen. Um im Poker um Taxpunktwerte gute Karten zu erhalten, sei es den Kassen unbenommen, solche Berechnungen zu tätigen. Ob diese Trümpfe an den Verhandlungen stechen, wird sich dann weisen. Zahlen, deren Herkunft nicht transparent dargelegt werden kann, gelten zunächst

als suspekt und erfordern weitere Abklärungen. Dennoch gibt es Journalistinnen und Journalisten, die der Versuchung nicht widerstehen können und dank Zahlen mysteriöser Herkunft reisserische Überschriften auf die Frontseiten ihrer Zeitungen setzen. Erfreulicherweise sehen viele unserer Patienten mit ihrem gesunden Menschenverstand, dass in den Massenmedien ein paar magere Daten aufgebaut werden. Auf der Strecke bleiben am Schluss nicht ein paar erlegte schwarze Schafe aus Ärztekreisen, sondern die Qualität unserer zunehmend boulevardisierten Massenmedien. Journalistinnen und Journalisten sehen es wohl anders: Im regionalen Monopolblatt war kürzlich zu

lesen, dass die Ärzte noch immer die Auseinandersetzung mit der eigenen Fehlbarkeit und den eigenen Schwächen scheuen würden. Dieses Umfeld für unsere Informationspolitik wird sich so schnell nicht ändern. Gerade deshalb ist es äusserst wichtig, dass wir neben dem Vertrauen unserer Patienten das Vertrauen der Öffentlichkeit in unsere Zahlen erhalten werden. Gerade deshalb sind die im Zusammenhang mit den Tarmed entstehenden Trustcenters so wichtig und gerade darum ist eine offene, aktive Informationspolitik unter Verwendung der von uns gesammelten Daten unabdingbar.

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

aus dem Inhalt

- Der Hausarzt zwischen Guideline, Patienten-Compliance und Ökonomie 4
- Was bringt mir ein Trustcenter? 5
- Händehygiene in der Arztpraxis 6
- Häusliche Gewalt geht uns alle an 8
- Unfall- und Krankenversicherer – gleiche Spiesse im Datenschutz? 10
- Spitalfachärzte – ein Weg zur Professionalisierung des Kerngeschäfts? 10
- Dienstleistungen der Samariter 12
- Helsana kündigt Hausarztversicherung mit dem HVA 14
- Versicherungsfragen – ein Dauerbrenner in jeder Praxis! 16
- Aus dem Vorstand 18

nichts spezifisch Psychiatrisch-psychotherapeutisches, in der gesamten Medizin sind nicht nur analytische, sondern auch synthetische Eigenschaften von Vorteil, aber die Psychiatrie war doch die erste medizinische Disziplin, die einen solchermaßen integrativen Ansatz postulierte.

BP: Hat die Entwicklung dieser Fähigkeiten auch bei Dir mit der vielbesprochenen Kindheit zu tun, die in unserer Arbeit einen so eminenten Stellenwert besitzt?

RM: Nun, nicht nur bei mir – bei uns allen haben die familiären Umstände zu Beginn des Lebens ihre Einflüsse auf die spätere Entwicklung. Ich selber bin 1948 noch als Italiener in Basel geboren und 1952 hier eingebürgert worden und habe von Anfang an erlebt, dass ein Gegenstand je nach Standpunkt auf die unterschiedlichste Art gesehen werden kann und dass beide Standpunkte durchaus nebeneinander und einander ergänzend bestehen können.

BP: Beruflich hattest Du Dich nach den Schulen (Matura Typus B 1967) für die Medizin entschieden und 1974 nach Abschluss des Medizinstudiums an der Universität Basel promoviert.

RM: Richtig: zunächst war ich 1974–75 Assistenzarzt an der Medizinischen Klinik des Kantonsspitals Liestal (Dr. H. Scholer), wo ich Kenntnisse und breite medizinische Erfahrung in einer ausgesprochen von der klinischen Untersuchung geprägten Medizin erworben habe. Erstmals habe ich das eigenartige Verhältnis zwischen dem Land- und Stadtkanton wahrgenommen. Die Gegensätze waren damals enorm, vor allem die Spitalpolitik hätte nicht gegensätzlicher sein können. Das Bruderholzspital war kurz zuvor eröffnet worden, und es schien, als wollte der Stadtkanton dem neuen Spital seinen Stempel aufdrücken, während der Landkanton alles daran setzte, sich von der Stadt abzugrenzen. Der Kooperation auch im medizinischen Alltag im Spital standen viele Hindernisse entgegen. Oder anders gesagt: ein Patient mit einem komplexen medizinischen Problem hatte in meiner Assistenzzeit jeweils noch mindestens zwei weitere Seiten: eine BL- und eine BS-Seite... das war nicht immer einfach!

BP: Anschliessend hast Du sozusagen den «italienischen» Standpunkt angenommen, als Du eine Assistentenstelle in Lugano angetreten hast.

RM: 1976 wurde ich Assistenzarzt an der gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik des Ospedale Civico di Lugano (Dr. G. P. Balmelli). Und hier habe ich dann das ursprüngliche Ansinnen, allgemeine Medizin zu betrei-

ben, aus Interesse an psychosomatischen Zusammenhängen zugunsten der Weiterbildung in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik aufgegeben.

BP: Bist Du der Somatik «untreu» geworden, oder hast Dich zusätzlich auch der Psyche zugewendet?

RM: Sicher das Zweite! Im Tessin habe ich gelernt, die Somatik nicht unabhängig von der Psyche zu denken – als Psychiater und Psychotherapeuten denken wir die Psyche ja auch nicht unabhängig von der Somatik. Praktisch kam dann für mich zunächst wieder nur eine breite allgemeine psychiatrische Weiterbildung in Frage, weshalb ich 1976–77 Assistenzarzt an der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Liestal (Dr. A. Tschudin) wurde. Die Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal war zu jener Zeit das einzige psychiatrische Zentrum im Kanton, wo privat niedergelassene Psychiater praktisch fehlten und somit ein reger Kontakt zu den Grundversorgern unabdingbar war. Wir jungen Assistenzärzte «planten» damals eine Art psychiatrische Grundversorgung, die dann erst später im Kanton erfolgreich realisiert werden konnte.

1978–79 wurde ich Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Prof. Dr. P. Kielholz), 1979–81 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Prof. Dr. R. Battegay), wo ich 1981 nach meinem Facharzt Diplom für Psychiatrie und Psychotherapie FMH Oberarzt wurde. Auch in der PUPER interessierten mich die gesamtmedizinischen Zusammenhänge besonders. So untersuchte ich u.a. frisch am offenen Herzen Operierte im Hinblick auf psychiatrische Komplikationen.

Ich wurde dann 1981 an der Leonhardsstrasse 16 in Basel in der eigenen freien Praxis in Gemeinschaft mit Dr. G. Widmer tätig. Später kamen noch die Dres. N. Koukolikova Stöcklin und R. Zwimpfer hinzu.

BP: Und worauf hast Du Dich spezialisiert?

RM: Seit der Gründung des ZMB (Zentrum für Medizinische Begutachtung) 1982 bin ich dort ständiger ärztlicher Mitarbeiter in einer sogenannten MEDAS, einer Medizinischen Abklärungsstelle der IV. Im ZMB erstellen ca. 25 frei praktizierende Ärzte aus Basel-Stadt und Baselland in gemeinsamer Arbeit ca. 400 polydisziplinäre Gutachten pro Jahr für die Sozialversicherungen, vorwiegend IV, SUVA, Gerichte etc. In der Geschäftsleitung des ZMB bin ich zuständig für die Bereiche Psychiatrie, Psychosomatik und Neuropsychologie sowie Fortbildung und Forschung.

BP: Welches sind die aktuellen Schwerpunkte Deiner Praxistätigkeit?

RM: In erster Linie ist hier die Abklärung und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen von Migranten aus Mittelmeerländern und die Abklärung und Behandlung von psychischen Folgen körperlicher Krankheiten und Unfälle zu nennen.

BP: Und dazu betreibst Du noch Standespolitik.

RM: Früher war ich Obmann der Fachgruppe Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1990 bin ich im Vorstand der MedGes, die ersten Jahre als Verbindungsmann der MedGes im Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland unter den Präsidien von H. W. Aenishänslin und R. Ott (Verbindungsleute gab es damals auch gegenseitig, Roland Schwarz war beispielsweise Verbindungsmann der AeGBl im Vorstand der MedGes). Seit 1995 war ich im Vorstand der MedGes Ressortleiter im Bereich Dienstleistungen, hier unter anderem zuständig für die Zusammenarbeit mit den Kollegen aus BL, für die Ausbildung der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) und für die Medizinische Notrufzentrale (MNZ 061 261 15 15).

BP: Die Routinearbeit eines MedGes-Präsidenten könnten wir als «Abklärung und Behandlung der Folgen von standespolitischen Störungen und Unfällen» umschreiben – doch wie soll es längerfristig mit der MedGes weitergehen? Welche Ziele möchtest Du erreichen?

RM: Ich bin der Meinung, die Ärzteschaft hat verbindende Ziele, die in Anbetracht gegensätzlicher Standpunkte unterzugehen drohen. Aber nicht von ungefähr haben wir uns ein Leitbild gegeben, wonach wir Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis und im Spital für fachliche und wirtschaftliche Unabhängigkeit einstehen und dabei das Wohlergehen unserer Patientinnen und Patienten nicht aus den Augen verlieren wollen. Als Experten für Krankheit und Gesundheit wissen wir, dass ohne eigene (private) Anstrengung nichts, auch keine Gesundheit entstehen kann. Aber auch private Anstrengungen sind auf einen solidarischen (staatlichen) Boden der Gesellschaft angewiesen, dessen Tragfähigkeit nicht leichtfertig privaten Interessen geopfert werden darf. Auch hier will ich mich für einen integrativen Ansatz einsetzen.

BP: Dazu wünsche ich Dir alles Gute, Glück und Gesundheit und danke Dir auch im Namen der Ärztinnen und Ärzte der AeGBl und der MedGes für dieses Gespräch sehr herzlich!

Der Hausarzt zwischen Guideline, Patienten-Compliance und Ökonomie

Pierre Périat

Wie in der letzten Synapse beschrieben, wird uns Hausärzten oft vorgeworfen, unsere Diabetes-Patienten ungenügend zu versorgen, die Hälfte der Depressionen zu verpassen, nicht allen frisch aus dem Spital entlassenen Herzpatienten die sechs Medikamente zu geben, die das Spital und die Guideline empfiehlt usw. Kurz: Der Vorwurf, nicht genügend Leistungen zu erbringen und zu verordnen. Was können wir Hausärzte dazu sagen?

Akademisch

Es ist nicht bekannt, wegen welcher Faktoren die Hausärzte bei ihrem Patientengut nicht die Efficiency erreichen, die unter Studienbedingungen erreicht werden konnte. Die Auswertung der BASINUS-Studie ergab interessante Hinweise, die es Wert wären, in hausärztlicher Forschung weiter bearbeitet zu werden.

Fachlich

Einzel-Guidelines sind wichtig als Entscheidungsgrundlage. Da es praktisch keine monomorbiden Patienten mehr gibt, sind

hausärztliche Entscheide auf der Individual-Ebene meist Kompromisse zwischen Guidelines verschiedener Diagnosen. Sie müssen zusätzlich noch den Willen des Patienten berücksichtigen. Guideline-Empfehlungen verschiedener Krankheiten können sich widersprechen (asthmatischer Koronarpatient und Betablockade; Milchprodukte bei Osteoporose und Dyslipidämie, Antirheumatica bei hypertonem Ulcuspatienten usw).

Patienten-Compliance

Der Patient entscheidet in der ambulanten Medizin selber, welche Medikamente er nimmt oder eben nicht nimmt. Beispiel: Nur 7% der Patienten, die ein SSRI verschrieben bekommen, nehmen dieses auch ein!. Wer würde selber als Patient 30 Tabletten täglich als Dauertherapie akzeptieren? Der Hausarzt sucht den bestmöglichen Kompromiss, aber nach welchen Gesetzmässigkeiten?

Ökonomisch

Das Erbringen von weniger Leistungen verursacht weniger Kosten. Stimmt da die Qualität noch?

Wir Hausärzte haben aber auch eine **Position der Stärke**: Die Hausarztmedizin in der Schweiz gilt im internationalen Vergleich als gut. Niemand fällt so viele diagnostische und therapeutische Entscheide pro Zeiteinheit wie der Hausarzt. Hausärzte verordnen 80% der Medikamente des gesamten Marktes.

Unser Basiswissen und unsere Interessen können wir gemeinsam diskutieren – auf nationalem Niveau in den Arbeitsgruppen der SGAM, der SGIM und des KHM, regional im Rahmen der GAMBA oder des FAIBL. Viele unserer Mitglieder arbeiten in verschiedenen für uns Hausärzte wesentlichen Arbeitsgruppen (Hausarztvereine, FIHAM, kantonale Ärztesellschaften, Facharztprüfungen für Allgemeinmediziner und -internisten, SGAM-Arbeitsgruppen). Eine gute Gelegenheit mit ihnen ins Gespräch zu kommen, ist die **GAMBA-GV vom 22. Mai 2002, 20 Uhr in der Mittenza**.



Synapse-Fortbildungsprogramm

Ärztegesellschaft
Baselland

Richtlinien für Aufnahme von Fortbildungen in die Synapse

Es werden Fortbildungen **für praktizierende Ärzte** aller Fachgruppen aufgenommen.

Es werden keine Spital- und institutionsinternen Veranstaltungen aufgenommen.

Die Redaktion kann sich vorbehalten, gewisse Fortbildungen nicht ins Kalendarium aufzunehmen.

Welche Fortbildungen für praktizierende Ärzte gelten, wird vom Veranstalter durch die Definition der Zielgruppe bestimmt.

Die Meldung der Veranstaltung muss möglichst früh (wünschenswert 6 Monate im Voraus, spätestens eine Woche vor Redaktionsschluss (siehe Jahresplan der Synapse) an Dr. med. Ch. Itin – Fax 061 922 11 10 oder E-mail: christoph.itin@hin.ch erfolgen.

In der Anmeldung der Fortbildungsveranstaltung sollten folgende Angaben enthalten sein:

- Datum
- Zeit
- Thema und Referent
- Veranstalter (ärztlicher Verantwortlicher)
- Zielgruppe
- ist Anmeldung erforderlich?
- Anmeldegebühr

Verantwortlich: Redaktion der SYNAPSE

Chefredaktor Dr. med. F. Rohrer, Schützenstr. 2, 4415 Lausen, Fax: 061 921 53 73, E-Mail: Franz.Rohrer@hin.ch.

Zusammenstellung der Fortbildungsdatenbank:

Dr. med. Ch. Itin, Schwieriweg 12, 4410 Liestal. Fax: 061 922 11 10, E-Mail: christoph.itin@hin.ch.

Was bringt mir ein Trustcenter ?

Dr. Lukas Wagner, Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland, Birsfelden

Unser Umfeld ändert sich rasant. Angefangen bei den neuen Kommunikationstechniken sehen wir Ärzte uns mehr und mehr einem ökonomisch geprägten politischen Denken gegenüber. TarMed wird uns weiter in die elektronische Zukunft befördern. Damit bietet sich die einmalige Chance, die in breitem Mass neu generierten elektronischen Rechnungsdaten selber zu verwalten und zu analysieren. Dazu brauchen wir ärztzeigene Trustcenter. Schluss mit der Abhängigkeit von der «KSK-Statistik»!

Was es bringt

Abgesehen von der standespolitisch grossen Bedeutung eigener Zahlen bringt ein ärztzeigene Trustcenter jedem angeschlossenen Arzt einen verlässlichen und vertrauenswürdigen Praxisspiegel, welcher rasch zu Optimierungen und Qualitätsverbesserungen der eigenen Praxis führen kann. Ähnlich der bisherigen Kassenstatistik können Vergleiche mit anderen Praxen erstellt werden. Der Vorteil liegt aber darin, dass wir die Vergleichskollektive selber bestimmen werden. Ausserdem wird es möglich sein, für jede nur erdenkliche Ärztegruppe, z.B. Fachgesellschaften, Netzwerke u.a.m. Vergleichskollektive zu schaffen. Damit steht ihnen ein effizientes Qualitätskontrollinstrument zur Verfügung. Es ist gar ein gesamtschweizerisches Datenzentrum geplant, welches ungeahnte Möglichkeiten für Vergleiche und Steuerungen ermöglicht. All diese Aktivitäten müssen aber fraglos dem Datenschutzgesetz standhalten.

Voraussetzungen und Datenschutz

Der Rahmenvertrag mit santésuisse verlangt elektronische Rechnungen nach einer Übergangsfrist von zwei Jahren. Dabei können die Leistungen in der eigenen Praxis durchaus «von Hand» erfasst werden, wenn sie anschliessend an eine sog. Clearingstelle zur Umwandlung in elektronische Form übermittelt werden. Beispiel für eine solche Clearingstelle wäre die Ärztekasse. Von dort oder vom eigenen Praxis-PC aus werden die Daten dann an das Trustcenter weitergeleitet. Die Daten werden **vor der Übermittlung** anonymisiert, jedoch so, dass mittels eines Codes die Rechnung wieder dem Patienten zugeordnet werden kann – aber nur, wenn der Patient den Code auf seiner Arztrechnung freigibt. Die Kassen können mittels dieses aufgedruckten Codes die vom Patienten eingesandte Papierrechnung im Trustcenter elektronisch abrufen – selbstverständlich gegen eine entsprechende Gebühr. Unnötig zu erwähnen, dass diese Abläufe in Verträgen detailliert und klar geregelt werden müssen.

Datenparität mit der «KSK-Statistik»

Erstmals eröffnet sich für uns die Chance, eigene Datensammelstellen aufzubauen. Um den kasseneigenen Statistiken eigene Zahlen entgegenhalten zu können, ist es notwendig, eine ärztzeigene Trägerschaft aufzubauen.

Kompliziert, aber einfach ...

Für jeden einzelnen von uns, ob er sich nun dem Trustcenter anschliesst oder nicht, können die Trustcenter-Statistiken Vorteile verschaffen. Es ist mit santésuisse vereinbart, dass während der Einführungsphase von TarMed (während insgesamt 18 Monaten)

Kostenneutralität eingehalten wird. Diese muss monatlich überprüft werden, damit sie nicht «aus dem Ruder» läuft. Am Ende der Kostenneutralitätsphase wird der Taxpunktwert für die nächste (unbestimmte!) Zeit festgelegt. Daher ist es essentiell wichtig, am Ende der Kostenneutralitätsphase mit dem Taxpunktwert «richtig» zu liegen. Sind wir nämlich zu hoch, sind Tarifsenkungen unabdingbar – ebenfalls auf unbestimmte Zeit hinaus! Ein einziger Rappen Unterschied macht ein ganzes Umsatzprozent aus. Für die Kontrolle der Kostenneutralität sind daher eigene verlässliche Zahlen unverzichtbar. Wir werden sonst zum Spielball der Kassenstatistiker. Dieser komplizierte Zusammenhang wirkt sich schliesslich – in barer Münze – auf jede Praxis aus.

Wer baut das Trustcenter auf?

Die Medizinische Gesellschaft Basel und die Ärztesgesellschaft Baselland stehen in engem Kontakt, um die technischen, finanziellen und vertraglichen Voraussetzungen zum Aufbau eines eigenen Trustcenters zu erarbeiten. Die Aktivitäten werden massgeblich von der ärztzeigenen Firma NewIndex AG, welche im Besitze der Kantonalen Ärztesgesellschaften ist, unterstützt. Sie liefert das notwendige Know-how, vorab die Software, und begleitet das Projektmanagement. Es soll eine eigene Trägerschaft aus den Reihen unserer Mitglieder entstehen. Ein konkretes Projekt ist bereits Gegenstand von Gesprächen zwischen den beiden Kantonalgesellschaften.

Händehygiene in der Arztpraxis

C. van Schriek, P. Graber,
Spitalhygiene Kantonsspital Liestal

Der praktizierende Arzt ist im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit mit vielen organisatorischen Aufgaben konfrontiert, die nicht unmittelbar mit seiner Haupttätigkeit der Diagnose, Prävention und Therapie von Krankheiten zusammenhängen. Dazu gehört auch die Sicherstellung eines hygienischen Ablaufes sämtlicher Praxisaktivitäten. Jeder Patient geht von der Erwartung aus, dass sein Besuch beim Arzt kein Infektionsrisiko für ihn darstellt. Deshalb ist es im Praxisalltag von zentraler Bedeutung, dass Infektionserreger nicht durch kontaminierte Hände des Arztes oder der Praxisassistentin auf Patienten übertragen werden.

Die hygienische Händedesinfektion ist noch heute die einfachste, wirkungsvollste und wichtigste Massnahme zur Vermeidung einer Keimübertragung im Spital und in der Arztpraxis. Angesichts der Bedeutung dieser Präventionsmassnahme hat die Swiss-NOSO, eine Gruppe der führenden Spitalhygienefachärzte der Schweiz, neue Empfehlungen zur Händehygiene publiziert, die dem aktuellen Wissensstand auf diesem Gebiet entsprechen (Swiss-NOSO Bulletin des Monats Dezember 2001, Band 8, Nr. 4). Die wichtigste Neuerung ist die Abkehr vom klassischen Händewaschen hin zur hygienischen Händedesinfektion mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel.

Residente und transiente Hautflora

Die residente Hautflora besteht aus Bakterien, die auf gesunder Haut normalerweise nicht pathogen sind (hauptsächlich koagulase-negative Staphylokokken). Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Kolonisationsresistenz, weil sie eine Besiedelung mit anderen, potentiell pathogenen Mikroorganismen verhindert.

Die transiente Hautflora besteht aus Bakterien, die kürzlich von einem kolonisierten oder infizierten Patienten oder von kontaminiertem Material bzw. aus der Umgebung erworben wurden. Die häufigsten Keime der transienten Flora sind gramnegative Bakterien (meist Enterobacteriaceae) sowie Staphylococcus aureus oder Sprosspilze (Candida spp.)

Warum sollen die Hände desinfiziert und nicht gewaschen werden?

Durch das traditionelle Waschen der Hände mit Seife wird vor allem Schmutz entfernt. Die Keimreduktion ist jedoch nicht sehr ausgeprägt und beträgt nur etwa einen Log-Reduktionsfaktor, d.h., die Keimzahl auf der Haut wird lediglich um den Faktor zehn vermindert. Im Gegensatz dazu bewirkt die hygienische Händedesinfektion mit einem alkoholischen Händedesinfektionsmittel eine Reduktion der Keimzahl um den Faktor 1000, d.h. 99,9% der Bakterien werden eliminiert.

Die Vorteile des alkoholischen Händedesinfektionsmittels sind:

- 1) Schnelle Wirkung, was bedeutet, dass die transiente Flora innerhalb von 30 Sekunden abgetötet wird
- 2) Umfassende Wirkung, was bedeutet, dass eine sichere Wirksamkeit gegen grampositive und gramnegative Bakterien, gegen Pilze sowie Hepatitisviren gewährleistet ist
- 3) Gute Hautverträglichkeit, was bedeutet, dass das Desinfektionsmittel das physiologische Hautmilieu schont und keinen hautschädigenden Einfluss hat. Dies wird erreicht durch die Anwendung von Präparaten, die neben den desinfizierenden Wirkstoffen hautschützende und pflegende Komponenten enthalten
- 4) Zeitsparende Anwendung: Die hygienische Händedesinfektion ist unabhängig von der vorhandenen Infrastruktur (La-

vabos), einfach durchzuführen und wenig behindernd im Arbeitsablauf.

Das häufige Waschen der Hände mit Wasser und Seife hat wichtige Nachteile gegenüber der hygienischen Händedesinfektion. Je nach Intensität und Häufigkeit des Waschens und abhängig von den eingesetzten Seifen kann der Hydrolipidfilm empfindlich gestört werden; die Haut wird trocken, spröde und rissig. In der Folge wird die Barrierefunktion der Haut beeinträchtigt, die Compliance der Händehygiene nimmt zwangsläufig ab, und darüber hinaus können sich die Bakterien auf geschädigter Haut erst noch leichter vermehren.

Obwohl auch das alkoholische Händedesinfektionsmittel zu einer Lösung der Hautfette führt, werden diese nicht abgewaschen, so dass es lediglich zu einer Umverteilung der Lipide kommt, was insgesamt deutlich schonender für die Haut ist. Unbedingt vermieden werden muss die Anwendung des alkoholischen Händedesinfektionsmittels auf noch feuchten Händen. Dies ist der am häufigsten begangene Anwendungsfehler, der zu erheblichen Hautirritationen führen kann. Die Hände sollen wenn immer möglich nur desinfiziert, nicht aber vorgängig gewaschen werden. Das Händewaschen wird heute im Medizinalbereich nur noch empfohlen zur Reinigung der Hände bei optisch sichtbarer Verschmutzung.

Das herkömmliche Waschen der Hände mit Seife ist also insgesamt weniger wirksam, belastender für die Haut und erst noch zeitaufwendiger als die hygienische Händedesinfektion.



Die hygienische Händedesinfektion ist die einfachste und wichtigste Massnahme zur Infektprävention in der Arztpraxis und im Spital

| | Händewaschen | Händedesinfektion |
|-----------------------------------|--|--|
| Wirksamkeit | Keimreduktion Faktor 10 | Keimreduktion Faktor 1000 bis 100 000 |
| Zeitverbrauch | 2 bis 3 Minuten | <30 Sekunden |
| Hautschädigung | trockene, rissige Haut; Verlust des Hydrolipidfilms | Hautschutz durch Lipidumverteilung, hautpflegende Additiva |
| Kontamination der Umgebung | Kontamination von Kleidung und Waschplatz durch Seifenspritzer | Keine Kontamination der Umgebung |

Häusliche Gewalt geht uns alle an!

Christine von Salis-Pughe
Leiterin Interventionsstelle
gegen häusliche Gewalt
Justiz-, Polizei- und Militärdepartement
Basel-Landschaft
Rathausstrasse 2, 4410 Liestal
Tel. 061 925 62 38

Nirgendwo ist die Sicherheit von Frauen und Kindern so wenig gewährleistet wie im häuslichen Bereich!

Die Vorstellung, dass ausgerechnet dort, wo Geborgenheit und Vertrauen vorherrschen sollten, Gefahr drohen kann, ist so unglaublich, dass man den Gedanken daran gerne weit von sich schiebt. Wir dürfen und können aber die Tatsache, dass jede fünfte Frau im Laufe ihres Lebens körperliche oder sexuelle Gewalt erfährt, nicht von uns weisen!

Die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt des Kantons Baselland hat die Aufgabe, genau hinzuschauen und Fachstellen und Behörden, Polizei und Justiz, Krankeninstitutionen und Gesundheitsversorger, die Opferhilfe und die Täterarbeit zu vernetzen. Nur ein kohärentes, aufeinander abgestimmtes und konsequentes Vorgehen wird dazu führen, dass Frauen und mitbetroffene Kinder geschützt werden können und Gewalt in der Beziehung minimiert werden kann.

Die ersten Instanzen

Häufig sind HausärztInnen und Notfalldienste die ersten Instanzen, bei denen Opfer häuslicher Gewalt Hilfe suchen. Meistens geht es dabei allein um die medizinische Versorgung.

Dass die Verletzungen durch Gewalthandlungen zustande kamen, verschweigen

viele Frauen aus Angst und Scham. Und die wenigsten ÄrztInnen fragen danach. In der auf Notfälle und Symptombehandlung ausgerichteten Medizin bleibt sehr oft zu wenig Zeit für ein vertrauensvolles und klärendes Gespräch.

Deshalb wird nur ein sehr geringer Prozentsatz misshandelter Frauen überhaupt als solche wahrgenommen.

Auch die Tatsache, dass es oft diffuse, psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Depressionen, Unterleibschmerzen und Ängste sind, mit denen sich gewaltbetroffene Frauen an ÄrztInnen wenden, macht es diesen schwer, die Gewalterfahrung als Ursache von Beschwerden zu erkennen.

Die Folge davon ist, dass betroffene Frauen oft über Jahre in ärztliche Behandlung sind, medizinisch versorgt werden und beispielsweise Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungs-

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärtztelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

mittel verschrieben bekommen. Das eigentliche Problem wird vom Opfer nicht ausgesprochen und kann von ÄrztInnen nicht erkannt und somit auch nicht gelöst werden.

Die Rolle der HausärztInnen

Ihre Aufgabe als ErstversorgerIn ist in vielerlei Hinsicht schwierig und delikater. Sie sind einerseits gefordert, über etwas zu sprechen, das nicht so leicht über die Lippen geht. Die wenigsten Menschen sind geübt, über Gewalt zu sprechen! Andererseits müssen Sie als Arzt oder Ärztin zum Schutz Ihrer Patientin und für rechtliche Schritte, die möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt in die Wege geleitet werden, präzise, sachlich und ausführlich nachfragen und dokumentiert sein. Sie müssen sich bewusst sein, dass nicht nur FachkollegInnen Ihren

Bericht lesen werden, sondern auch medizinische Laien, beispielsweise AnwältInnen oder RichterInnen. Die Sprache sollte also leicht verständlich sein und doch in aller Deutlichkeit Ihre Beobachtung und Ihre Untersuchungsergebnisse wiedergeben.

Die Interventionsstelle ist zurzeit daran, in Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, dem Kantonsarzt und behördlichen Instanzen ein Formular zu entwickeln, das Ihnen als Untersuchungsanleitung im Falle häuslicher Gewalt dienen soll.

Es kann auch sein, dass Ihnen das Verhalten Ihrer Patientin nicht verständlich ist, vielleicht kommt sie schon seit Jahren mit Verletzungen zu Ihnen und macht noch immer keine Anzeige ...

In diesem Fall benötigt die betroffene Frau eine HausärztIn als Triage zur geeigneten Fachstelle, bei der Ihre Patientin spezifische Beratung und Unterstützung erhält und dann vielleicht den ersten Schritt aus einer zerstörerischen Beziehung wagen kann.

Um die Situation gewaltbetroffener Frauen zu verbessern, gibt es im medizinischen und psychiatrischen Bereich noch viel zu tun. Von zentraler Bedeutung ist es, dass die grosse Dunkelziffer gewaltbetroffener Frauen, die in diesem Bereich Hilfe suchen, erkannt wird, dass diesen Frauen Brücken gebaut werden können, sie sich mit ihrem Problem aus der Isolation wagen und ihnen wirksam geholfen wird.

Die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt

Der Regierungsrat des Kantons Baselland erteilte 1997 einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe den Auftrag, den Handlungsbedarf zur Verbesserung der Situation gewaltbetroffener Frauen und Kinder auszuloten.

Aufgrund dieses Berichtes und der erfolgreich eingeleiteten Veränderungen wurde nach einer zweijährigen, befristeten Projektphase im Jahr 2001 die Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt definitiv bei der Justiz-, Polizei- und Militärdirektion aufgenommen, deren Aufgabe es ist, sich für drei Hauptziele einzusetzen:

- Gewalt stoppen
- Opfer schützen
- Täter zur Verantwortung ziehen

Die Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus den Bereichen Strafverfolgung, Gesundheit, Migration, Gerichte, Opferschutzrichtungen, Kinderschutz sowie Gleichstellung sorgt für die schrittweise Umsetzung der nötigen Massnahmen.

Die Stelle setzt sich aus zwei Mitarbeiterinnen zusammen, die zu je 50% die Interventionsstelle leiten und sich als spezialisierte Anlaufstelle für Behörden und Fachpersonen zum Thema Gewalt in Ehe, Partnerschaft und Familie verstehen.

Ihre Hauptaufgaben bestehen in der Sicherstellung der Umsetzung beschlossener Massnahmen, der Koordination der Zusammenarbeit involvierter Stellen, der Orga-

nisation von Weiterbildung zum Thema häusliche Gewalt und der bilateralen Erarbeitung berufsspezifischer Richtlinien sowie der Öffentlichkeitsarbeit.

Ariane Rufino und
Christine von Salis-Pughe
Leiterinnen der
Interventionsstelle gegen häusliche
Gewalt
Justiz-, Polizei und Militärdirektion
Basel-Landschaft
Rathausstrasse 2
4410 Liestal
Tel. 061 925 62 38
Fax 061 925 69 77
E-Mail: Interventionsstelle@jpm.bl.ch

Unfall- und Krankenversicherer – gleiche Spiesse im Datenschutz?

Dr. med. F. Rohrer, 4415 Lausen

In der täglichen Praxis beantworten wir mit einer grossen Selbstverständlichkeit Anfragen der Unfallversicherer und händigen diesen ohne weiteres Operations- oder Spitalberichte aus. Ganz anders haben wir bei KVG-Patienten mit dem Datenschutz umzugehen, das Patientengeheimnis wird dort viel strikter ausgelegt. Weshalb diese Unterschiede bestehen, wird in diesem Artikel dargelegt.

Aus rechtlicher Sicht ist die obligatorische Unfallversicherung eine ursachenbezogene Spezialversicherung. Unfallversicherer haben nur diese besonderen Schäden zu übernehmen. Basisversicherung für alle gesundheitlichen Schädigungen ist und bleibt die Krankenversicherung. Der Unfallversicherer hat also zunächst seine Leistungspflicht abzuklären. Kommt er dabei zum Schluss, er sei bei einem bestimmten Fall nicht zu-

ständig, geht die Behandlung automatisch zu Lasten der Krankenversicherung. Diese muss deshalb im Einzelfall ihre Leistungspflicht nicht abklären.

Im Unterschied zur Krankenversicherung ist die Versicherungsleistung des UVG-Versicherers eine sogenannte Naturalleistung, d.h. der Versicherer selbst wird zum Schuldner gegenüber dem Arzt oder dem Spital. Rechtlich sind die Ärzte und Spitäler als Leistungserbringer aufgrund eines Auftrages des Unfallversicherers und nicht des Patienten tätig. Auch deshalb benötigt der Unfallversicherer die medizinischen Daten, trifft er doch letztlich die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung und befindet auch über Anspruch und Höhe der Leistungen. Der Versicherte, der Arbeitgeber und der behandelnde Arzt sind gesetzlich verpflichtet, bei der Abklärung des Sachverhaltes mitzuwirken. Die Herausgabe von Unterlagen kann in Ausnah-

mefällen verweigert werden, nämlich wenn die Beantwortung der Fragen resp. die Herausgabe von Unterlagen für den Arzt und/oder seine nächsten Verwandten einen Schaden bedeuten würden, wenn er sich um Personendaten zum persönlichen Gebrauch (z.B. persönliche Notizen auf dem Krankenblatt des Versicherten) handelt und solange es sich um unerhebliche oder sachfremde Daten handelt. Dies dürfte der häufigste Grund sein, da es z.B. zur Beurteilung eines einfachen OSG-Distorsionstraumas nicht nötig ist, über eine psychiatrische Vorgeschichte zu informieren. Verweigern der Arzt oder das Spital die notwendige und zumutbare Auskunft, muss die Versicherung die Leistung abweisen. Damit könnte der Versicherte schliesslich zum Leidtragenden werden. Falls ein Patient die Herausgabe von Akten unterbinden möchte, muss ihm dieses mitgeteilt werden.

Standespolitik

Spitalfachärzte – ein Weg zur Professionalisierung des Kerngeschäfts?

*Ludwig T. Heuss, Dr. med.,
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH*

In den vergangenen Monaten ist in der gesundheitspolitischen Diskussion ein neuer Begriff aufgetaucht: der «Spitalfacharzt». In einigen Kliniken und Sanitätsdirektionen unseres Landes wird über eine Veränderung der bisherigen

ärztlichen Strukturen und die Schaffung von unbefristeten Arztstellen nicht nur in leitenden Positionen, sondern auch im mittleren Kader diskutiert. Ausgangspunkt dieses Prozesses ist eine Arbeitsgruppe mit dem Namen «Vision Weiterbildung», in der sich Vertreter der Sanitätsdirektoren, der Spitäler und der ärztlichen Berufsverbände Gedanken zu neuen Organisationsformen der ärzt-

lichen Tätigkeit im Spital gemacht haben. Aus dem Namen geht bereits hervor, dass hier in enger Form Aspekte der fachärztlichen Patientenbetreuung und der traditionellen Form der Weiterbildung zum Facharzt miteinander verwoben sind.

In vielfacher Weise hat sich das Umfeld der Assistenzärzte seit der Zeit geändert, in der die aktuellen Spitalstrukturen geschaffen

wurden, vor allem aber ist auch die klinische Medizin eine andere geworden: die durchschnittliche Hospitalisationsdauer hat sich erheblich verkürzt, die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sind fließend geworden, die Patientenbehandlung wird zunehmend individualisiert. Mit dem Fortschritt wurden die grossen Fachgebiete von einer starken Spezialisierung erfasst, der spiegelbildlich innerhalb der Spitäler ein Prozess zunehmender Arbeitsteilung gegenübersteht. Damit wird die ärztliche Dienstleistungstätigkeit im Spital mehr und mehr zu einer spezialisierten und professionalisierten Tätigkeit und alles andere als uniform und beliebig austauschbar.

Im betrieblichen Ablauf bekommen Spitäler die Problematik des ständigen Neuaufbaus von Know-how und der Optimierung von Behandlungsprozessen bei ihren ständig wechselnden Mitarbeitern zu spüren, nicht zuletzt in einem Umfeld, in dem um Wettbewerbspositionen gerungen wird. Ist es, fokussiert auf die Spitalärzteschaft, tatsächlich sinnvoll, dass die hierarchische Struktur unserer Spitäler (Assistenzarzt – Oberarzt – Chefarzt) im wesentlichen auf einer Weiterbildungsstruktur aufbaut, der sich die betrieblichen Prozessabläufe unterordnen müssen? Bei einem Überdenken der Kernaufgaben des Spitals werden wohl eher die Patientenprozesse in den Mittelpunkt gerückt werden müssen. In der täglichen Erfahrung bedeutet dies, dass zwei wesentliche Grundaufgaben der Spitäler: die optimale Patientenversorgung und der Berufsbildungsauftrag (für Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Medizinalberufe) zunehmend in einen Zielkonflikt geraten.

Die heute obligate Deckungsgleichheit von Dienstleistungs- und Weiterbildungsstellen führt dazu, dass der überwiegende Teil klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte, nämlich rund 80%, in einer beruflichen Durchgangsposition sind. Welches andere Unternehmen würde seine zentralen Aufgaben durch eine Personalgruppierung mit derart hoher Fluktuation bewerkstelligen lassen?

Andererseits legt die historisch gewachsene enge Verzahnung der ärztlichen Weiterbildungs- und Dienstleistungsstrukturen die Vermutung eines «Fließgleichgewichtes» zwischen Angebot und Nachfrage ärztlicher Arbeitskraft nahe. In Wirklichkeit ist unser Weiterbildungs-/Dienstleistungssystem jedoch durch die (sinnvolle und notwendige)

Schaffung von Arztstellen im Spitalbereich auf einen weiterhin ungebremsten Leistungsausbau ausgerichtet – zumindest solange der unbedingte Konnex zwischen Weiterbildung und Dienstleistung in dieser Form in allen Spitälern bestehen bleibt.

Zusätzliche Brisanz erhält das Thema aufgrund der durch die Initiative von NR Suter veränderten rechtlichen Situation, die die Assistenzärzte in Zukunft dem Schutz des Arbeitsgesetzes unterstellen wird. Daraus ergibt sich für die Spitäler ein ökonomischer Druck, ihre Strukturen und Prozessabläufe zu überdenken. Eine lineare Vermehrung von Weiterbildungsstellen, für die es weder ausreichend Staatsexamensabsolventen gäbe noch für die Fachärzte nach Abschluss der Weiterbildung entsprechende Berufsmöglichkeiten, kann, dies liegt auf der Hand, nicht des Rätsels Lösung sein.

Dass eine Entwicklung hingegen in Richtung einer vermehrten Anstellung festangestellter Spitalärzte gehen könnte, geht auf eine Arbeitsgruppe zurück, in der sich Vertreter von SDK, H+ sowie der ärztlichen Berufsverbände Gedanken zu diesem Thema machten. Zusammenfassend wurden dabei die folgenden Grundzusammenhänge skizziert:

- Ein Grundproblem der heute gewachsenen Weiterbildungsstrukturen liegt darin, dass die Spitäler, deren Hauptaufgabe es ist, die medizinische Versorgung sicherzustellen, ihre Organisationsstruktur im ärztlichen Bereich vollständig auf einer Weiterbildungsstruktur aufbauen. Die Tatsache, dass in Spitälern die überwiegende Patientenbetreuung durch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung abgedeckt wird, ist grundsätzlich zu überdenken und eine weitere Professionalisierung der spitalärztlichen Tätigkeit anzustreben.
- Hierzu ist die Möglichkeit zu prüfen, dass in den Spitälern eine neue Kategorie von weitergebildeten Fachärzten als unbefristet angestellte «Dienstleistungsfachärzte» tätig bleiben; d.h. Ärztinnen und Ärzte, deren Hauptaufgabe und Hauptinteresse die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Dienstleistung ist. Dadurch wären der ständige Know-how-Verlust und die häufig obligate spätere Konkurrenzierung der Spitäler durch ehemalige Mitarbeiter zu vermindern.
- Für diese Ärztinnen und Ärzte sind ein Berufsbild, Berufsbedingungen und Be-

rufsperspektiven zu schaffen, die solche Stellen zu einer attraktiven Alternative zur Praxis werden lassen. Dazu gehört es auch Flexibilität und Innovationsbereitschaft zu erhalten und der Entwicklung von «burn out»-Situationen vorzubeugen.

- Die Möglichkeit, mit einem grösseren Anteil von Spitalärzten über einen längeren Zeitraum eine Kontinuität der persönlichen Beziehung aufrechtzuerhalten, dürfte sowohl für Patienten als auch die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte die Überwindung der oft schwierigen Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich erleichtern.
- Für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung lassen sich vor diesem Hintergrund neue und vor allem bessere Weiterbildungsmodelle entwickeln. Zu denken ist hierbei an Ansätze eines dualen Berufsbildungssystems, das neben der praktischen ärztlichen Tätigkeit eine blockweise modulartige, strukturierte und zielgerichtete Weiterbildung für alle Facharzttitelanwärter eines Gebietes auf nationaler Ebene zuliesse.
- Eine klarere Definition von Weiterbildungs- und Dienstleistungsstellen würde auch die aktuelle Situation entschärfen, in der der «Manpower-Bedarf» der Spitäler zur Aufrechterhaltung der Dienstleistung das einzige Regulativ ist, das über die Anzahl künftiger Fachärzte entscheidet. Bei aller Unsicherheit von Prognosen werden grundsätzliche Überlegungen zur Bedarfsplanung – das zeigt nicht zuletzt die aktuelle politische Diskussion – unumgänglich sein.
- Der Umbau von spitalinternen Organisationsstrukturen und die Neudefinition von «Dienstleistungsfachärzten» müssen schrittweise und durch individuell den Bedürfnissen der einzelnen Institutionen angepasste Lösungen erfolgen.

Als erster Kanton hat Luzern damit begonnen, Stellen für Spitalfachärzte zu schaffen, in anderen Kantonen, insbesondere in Bern, Zürich und in der Ostschweiz sind ebenfalls konkrete Modelle in Ausarbeitung.

Ob sich das Modell der Spitalfachärzte durchsetzt, wird letztlich der Markt entscheiden: wird es gelingen, ein Berufsbild und Stellenprofil zu schaffen, das nach Wegfall des Anreizes «Weiterbildungszeugnis» attraktiv genug ist, ausgebildeten Fachärzten eine valable Alternative zur Tätigkeit in der freien Praxis aufzuzeigen?

Retten – Helfen – Betreuen – Lehren

Dienstleistungen der Samariter

In den dem Samariterverband beider Basel angehörenden Samaritervereinen treffen sich die Mitglieder regelmässig zu Monatsübungen unter der Leitung einer Samariterlehrerin oder eines -lehrers. Da werden Erste-Hilfe-Kenntnisse auf den neusten Stand gebracht. Ärzte und andere Fachleute berichten aus dem weiten Gebiet der Medizin, des Rettungswesens und der Prävention. Aber auch die Geselligkeit kommt in den Vereinen nicht zu kurz.

Die Kurse der Samariter

Nothilfekurs

Lebensrettende Sofortmassnahmen. Diese Kenntnisse sind ein Muss für alle angehenden Autofahrer und alle, die für den Notfall gewappnet sein wollen.

Samariterkurs

Erste Hilfe bei Unfällen und Krankheiten. Wer den Samariterkurs besucht hat, fühlt sich sicher im Alltag und in der Freizeit.

Notfälle im Alter

Hilfe zur Selbsthilfe. Senioren lernen, Risiken zu erkennen und richtiges Verhalten bei Unfällen.

Notfälle auf dem Bauernhof

In diesem Spezialkurs wird auf Erste-Hilfe-Bedürfnisse der Landwirtschaft eingegangen.

Herznotfall

Ausbildung für Laien in Herzmassage und Beatmung (CPR-Kurs). Korrekte Herz-Lungen-Wiederbelebung kann Menschenleben retten.

Notfälle bei Kleinkindern

Erste Hilfe bei Unfällen und Krankheiten von Kleinkindern. Ein Kurs für Mütter, Väter, Grossmütter und Betreuende von Kindern bis zu sechs Jahren.

Alle Kurse werden von Samariterlehrerinnen oder Samariterlehrern erteilt, die eine strenge Ausbildung nach den neuesten Kenntnissen der Erwachsenenbildung abgeschlossen haben.

Samariter – eine Stütze des Gesundheitswesens!

Postendienst

Der Samariterposten ist bei vielen sportlichen und kulturellen Veranstaltungen nicht mehr wegzudenken. Die Samariter leisten Erste Hilfe am Grümpelturnier sowie am Musikfestival mit Zehntausenden von Besuchern. In abgelegenen Gegenden unterhalten Samaritervereine ständige Samariterposten für die Bevölkerung.

Blutspenden

Die Betreuung der Hälfte aller Blutspenden in der Schweiz liegt in der Hand der Samaritervereine.

Koordinierter Sanitätsdienst

Wenn das zivile Gesundheitswesen einem Grossunfall nicht mehr gewachsen ist, kommt der «Koordinierte Sanitätsdienst KSD» zum Zuge. Die Samaritervereine sind neben professionellen Rettungsorganisationen, der Armee und dem Zivilschutz ein Pfeiler des KSD.

Weitere Tätigkeiten

Freiwillige soziale Hilfe

Samariter betreuen Betagte, kümmern sich um Behinderte oder kranke Kinder. Die Hilfe im sozialen Bereich gestaltet jeder Verein individuell.

Krankenmobiliemagazin

In vielen Gemeinden vermieten die Samaritervereine Geräte und Hilfsmittel für Kranke und Verunfallte.

Die Zusammenarbeit von Laienhelfern und professionellem, medizinischem Fachpersonal funktioniert bei gegenseitiger Achtung und Respektierung der eigenen Kompetenzen problemlos und unterstützt langfristig unser Gesundheitswesen.



Bay Bridge, San Francisco, USA

Helsana kündigt Hausarztversicherung mit dem Hausärzteverein Angenstein (HVA)

*Dr. med. Hanspeter Merz,
Präsident HVA, Reinach*

Der Hausärzteverein Angenstein hat mit den Helsana-Versicherungen vom 1. 1. 98 bis 31. 12. 01 einen Zusammenarbeitsvertrag bezüglich eines Hausarztmodelles gehabt, der dann von der Helsana gekündigt worden ist. Zuletzt wirkten ca. 140 Hausärzte mit gesamthaft über 5000 Patienten mit.

Die regelmässigen Auswertungen des statistischen Materials ergaben, dass das Kollektiv im Hausarztmodell stets deutlich kostengünstiger war als ein zur Rechnung herangezogenes Vergleichskollektiv. Die Gesamtkosten waren um die 30% und die Spalkosten stets über 10% weniger hoch als beim Vergleichskollektiv.

In der Folge veröffentlichen wir die Stellungnahme des HVA-Vorstandes in einem Patientenbrief, der von den einzelnen Hausärzten an ihre betroffenen, in diesem Hausarztmodell versicherten Patienten weitergeleitet wird.

Sehr geehrte Dame, Sehr geehrter Herr

Die Krankenkasse Helsana hat mit einem Brief vom 15. April 2002 mitgeteilt, dass sie das Hausarztmodell ab 30. Juni 2002 nicht mehr weiterführen will.

Der **Hausärzteverein Angenstein** ist Vertragspartner im Hausarztmodell. Im Verein sind 150 aktive Ärzte aus dem Kanton Basel-Landschaft, den Bezirken Thierstein und Dorneck sowie der Stadt Basel zusammengeschlossen. Ziel ist die Förderung einer qualitativ hochstehenden ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung sowie die Überprüfung und Dämpfung der Gesundheitskosten dank vernünftiger Hausarztmedizin.

Die Hausarztmodelle gründen auf ein langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt und Patient und halten im Kern fest, was früher allgemein üblich war: Der Patient sucht bei gesundheitlichen Problemen zuerst seinen Hausarzt auf. In Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wird die Abklärung und Behandlung festgelegt. Dieses disziplinierte und koordinierte Vorgehen von Arzt und Patient führt zu einer massvollen und zielgerichteten Beanspruchung medizinischer Leistungen.

Die Hausarztmedizin hat sich – mit oder ohne besondere Modelle – bewährt und führt zu beträchtlichen Einsparungen, ohne dass irgendwelche Einschränkungen nötig sind. Das jetzt praktizierte Hausarztmodell hat diese Erfahrung bestätigt

durch Kosteneinsparungen von bis zu 30 Prozent. Der Patient erhielt einen Rabatt von rund 10 Prozent auf seine Prämien.

Warum aber gibt die Helsana das Hausarztmodell auf?

Manche Patienten, die eine Versicherung im Hausarztmodell abgeschlossen haben, stehen seit vielen Jahren bei ihren Hausärzten in Behandlung und haben sich seit Jahren schon genau so verhalten, wie wenn sie in einem Hausarztmodell versichert wären. Diese «mustergültigen» Patienten haben deshalb schon vor dem Eintritt ins Hausarztmodell bedeutend weniger Kosten verursacht als andere, die oft mehrere Ärzte mit dem gleichen Problem aufsuchten und mit dem direkten Gang zum Spezialisten – oder zu mehreren – teure Untersuchungen beanspruchten.

Bei diesen treuen und disziplinierten Hausarztpatienten aber, die zudem im Durchschnitt eher älter sind als Patienten in vergleichbaren Kollektiven, lassen sich nur noch wenig zusätzliche Einsparungen erzielen. Für die Versicherer kann die Rechnung deshalb so aussehen, dass sie willkommene Einnahmen von kostengünstigen und disziplinierten Patienten verlieren und damit die Löcher in der Grundversicherung nicht mehr mittels «Quersubventionen» stopfen können, weil diese Patienten bereits in das Hausarztmodell abgewandert sind.

Der Hausärzteverein Angenstein stand bis anfang Februar 2002 mit der Helsana in

Verhandlungen zum Abschluss eines neuen Vertrages. Wie dem Tagesanzeiger vom 20. 4. 2002 zu entnehmen ist, hat die Konzernspitze der Helsana vor, aus insgesamt 23 Hausarztssystemen auszusteigen. Dies betrifft rund 70 000 Versicherte in der Schweiz.

Man will bei Helsana also keine Rabattmodelle mehr, sondern setzt vielmehr auf eine budgetgerechte Behandlung, die sich auf dem Buckel der Patienten abspielt. Das heisst, es besteht die Gefahr, dass medizinische Leistungen durch finanzielle Kriterien beeinflusst werden. Eine Art Rationierung der medizinischen Leistung also.

Die Vorstellungen der Helsana für einen neuen Vertrag hätten den Einfluss des Versicherers Helsana auf die Behandlungskette in einer Art und Weise verstärkt, die wir weder unseren Patienten noch uns selber zumuten konnten.

Die Trennung zwischen der Versicherung und jenen, die das Interesse des Patienten in den Mittelpunkt stellen und aus gesundheitlichen Überlegungen handeln, ist für die Zukunft aber absolut entscheidend.

Ihr Hausarzt steht Ihnen für weitere Auskünfte über das Hausarztmodell und die Hausarztmedizin gerne zur Verfügung.

Fragen Sie Ihren Hausarzt!

Mit freundlichen Grüssen
Hausärzteverein Angenstein
Vorstand

Versicherungsfragen – ein Dauerbrenner in jeder Praxis !

Martin Strauss,
Bucher & Strauss Versicherungen,
4059 Basel
bucher.strauss@magnet.ch,
www.bucher-strauss.ch

Wenn Sie sich als Ärztin/Arzt entschliessen, eine eigene Praxis zu eröffnen, eine bestehende zu übernehmen oder Ihre bisherige Praxistätigkeit aus organisatorischer oder finanzieller Sicht zu überdenken, liegen einige Hindernisse auf dem Weg zum Erfolg. Dazu gehören Investitionsplanung und -wünsche, Steuerfragen, Personalsuche, Haftpflicht-, Praxis- und Personalversicherungen usw. An sich selbst aber denkt der Tapfere zuletzt. Dabei sind Sie doch die wichtigste Person im ganzen Betrieb! Der folgende Artikel widmet sich dem Thema «persönliche» Versicherungen, insbesondere der Frage, wie sich die Ärztin/der Arzt selbst versichern soll. Für Sie als selbständige Unternehmer oder Unternehmerin sorgt niemand. Kein Arbeitgeber zahlt Ihren Lohn, wenn Sie krank sind, einen Unfall haben oder invalid werden. Diese Risiken können auch Sie nicht tragen, Sie müssen versichert werden. Dazu empfehlen wir Ihnen ein persönliches Taggeld in genügender Höhe abzuschliessen. Berücksichtigen Sie nicht nur Ihren eigenen Bedarf, sondern auch die Fixkosten. Trennen Sie dabei Ihr

persönliches Taggeld von demjenigen Ihres Personals (wichtig im Schadenfall). Für Ärztinnen und Ärzte existieren sehr vorteilhafte Angebote von Berufsverbänden, die Sie auf dem freien Markt nicht finden.

Taggelder zahlen maximal 2 Jahre. Anschliessend benötigen Sie eine Deckung bei dauernder Invalidität. Eine Grunddeckung erfolgt durch die AHV/IV. Die maximale Invalidenrente beträgt heute Fr. 2060.– pro Monat und genügt damit kaum. Angestellte Ärztinnen und Ärzte haben eine IV-Rente und Ehegatten- und Kinderrenten aus der Pensionskasse. Für Selbständigerwerbende fallen diese Leistungen weg. Da Sie aber verpflichtet sind, für Ihr Personal eine Pensionskasse einzurichten, stellt sich die Frage, wieso man nicht freiwillig in die Pensionskasse eintreten soll. Dadurch können Sie sich selbst bei Invalidität wieder schützen, im Todesfall werden eine Ehegatten- und evtl. Kinderrenten ausbezahlt und Ihr Sparprozess für das Alter wird nicht unterbrochen. Dabei steht es Ihnen frei, vorhandenes Sparkapital (Freizügigkeitsleistung am Ende der unselbständigen Tätigkeit) als Eigenmittel zu beziehen, direkt oder erst später in die neue Pensionskasse einzubringen. Auf die Risikoleistungen hat das keinen Einfluss, wenn Sie sich für eine Pensionskasse eines Berufsverbandes (VSAO oder PAT) entschliessen. Diese Vorsorge der

2. Säule hat eine hohe Flexibilität in bezug auf Lohnhöhe, Planauswahl, etc. Überdies wird Ihr Sparkapital mit garantiert 4% verzinst!

Wieso fällt die erste Wahl nicht auf die gebundene Vorsorge der 3. Säule? Vielfach wird vergessen, dass der Betrag, den Personen ohne Pensionskasse in die gebundene Vorsorge einzahlen dürfen, höchstens 20% des Erwerbseinkommens betragen darf (max. Fr. 29 664.– pro Jahr). Ihr Treuhänder wird sich Mühe geben, dass Sie v.a. in den ersten Betriebsjahren keinen zu grossen Reingewinn erzielen. Damit beschneiden Sie sich aber der Möglichkeit, hohe Beträge in die Säule 3A einzuzahlen. Oft können Sie nicht einmal in eine vor der Praxiseröffnung bestehende Säule 3A im Betrage von max. Fr. 5933.– (für Erwerbstätige mit Pensionskasse) weiter einzahlen! Das Kapital in der Säule 3A wird zudem deutlich tiefer verzinst als in der Pensionskasse. Die Tarife für die IV-Rente bei Versicherungsgesellschaften sind deutlich höher als in der Pensionskasse. Wenn Sie verheiratet sind, können Sie auch das Problem der Ehegattenrente und der Kinderrenten kaum befriedigend mit einer 3. Säule lösen.

Im Einzelfall lohnt sich immer eine neutrale Beratung. Besuchen Sie unsere Website und wir beantworten Ihre Fragen.



Monument Valley, USA

Gewusst wo!

www.medkong.ch

Täglich **aktuelle Daten** über
Veranstaltungen in Ihrer Nähe.

... oder, wenn Sie lieber verreisen
möchten, finden Sie auch
Veranstaltungen am anderen
Ende der Welt.

Wir denken an Sie.

Den bisher in gedruckter Form erschienenen Kongresskalender
gibt es ab sofort ausschliesslich als Online-Version.

EMH



Schweizerischer Ärzteverlag AG

www.emh.ch verlag@emh.ch

Aus dem Vorstand BS

1. Nachtrag zur Mitgliederversammlung vom 21.3.2002:

Gesamterneuerungswahlen 2002–2004:

1. Blaue Kommission:

Präsident: Dr. Charles Baerlocher (bisher),
Beisitzer: Dr. Dieter Meier-Riva (bisher),
Dr. Franz Schnyder (bisher), Dr. Thomas
Weber (bisher)

2. Ombudsmann

Dr. Pietro Gallacchi (bisher)

Das Traktandum Reorganisation Notfalldienst/Medizinische NotrufZentrale wurde aus Zeitgründen auf die MV II 2002 vom 20.6.2002 verschoben.

2. Vorstandssitzung 15. 4. 2002, Beschlüsse:

- Für die MV II vom 20. 6. 2002 vorgesehene Traktanden: Trustcenter; Information zur Umstrukturierung des Sekretariates; Reorganisation Notfalldienst; MNZ; Statutenänderung: Amtsdauer Ärztekammerdelegierte und CH-Ehrenrat der FMH angleichen, von 3 auf 4 Jahre verlängern; Ausführungsbestimmungen zur Standesordnung FMH, Änderung: Jahresbericht Ehrenrat (gem. Beschluss MV I 2002); Wahlen in die Ärztekammer: Delegierter, Suppleant.
- Arbeitsgruppe «Umgang mit Tätern»: der Vorstand beschliesst, dem Vorschlag der Arbeitsgruppe zu folgen und diesen der nächsten Ärztekammer als Antrag zu unterbreiten. Die Präsentation wird voraussichtlich Werner Tschan übernehmen.
- MNZ 061 261 15 15 (siehe auch Konklave): an der Mitgliederversammlung I/2002 wurde der Sockelbetrag von Fr. 200.– pro Mitglied gutgeheissen, über weitere Fr. 100.– als Zusatzbeitrag ist noch an der MV II/2002 abzustimmen

MedGes-Mitgliederversammlung II

Datum:

Donnerstag, 20.6.02, 19.30 Uhr

Ort:

Bernoullianum,
Klingelbergstrasse 16, 4056 Basel

3. Konklave des Vorstandes vom 27. 4. 2002:

- **Trust-Center (TC)** (siehe dazu auch den Artikel von Lukas Wagner in dieser Nummer): Das Ansinnen, ein TC einzuführen, stiess an der MV I im Frühling mit der Sprechung eines Betrages für das Vorprojekt auf ein positives Echo. Es wird an der MV II nun eine Entscheidung bezüglich der weiteren Projektierung fällig. Am Konklave bestand Konsens darüber, dass die beiden regionalen kantonalen Ärztegesellschaften (ÄG BL und MedGes BS) aus wirtschaftlichen Gründen das Projekt TC gemeinsam angehen sollten. Auch Solothurn (diesseits des Jura) und Jura könnten sich dem Projekt Regio-TC anschliessen. Für die Errichtung eines regionalen TC müssten aus wirtschaftlichen Überlegungen von den rund 1100 in beiden Basel praktizierenden Ärztinnen und Ärzten (458 in BL und den 679 in BS) rund 600 zum Mitmachen gewonnen werden. Projektkosten von seiten der NewIndex rund 35 000 Franken für BL und BS zusammen: An der MV II der MedGes wird auch über den Finanzierungsmodus der Investitionen abzustimmen sein: Sockelbeitrag der MedGes, zusätzlicher Beitrag resp. Anteile der Nutzer. Zum praktischen Aufbau: Es wird durch MedGes ein Lenkungsausschuss zu bilden sein, bestehend aus Präsident MedGes und 1 direkt verantwortlichen Projektleiterin/Projektleiter.
- **Tarmed:** Der Bundesrat (BR) will bis Ende April 2002 entscheiden, wann TM im eidgenössischen («blauen») Tarif eingeführt wird. In BS ergeben sich Unsicherheiten bezüglich des TM-Einführungstermins, der möglicherweise erst am 1.1.2004 (!) sein wird. Selbst in diesem Fall kann das TC BB jedoch schon vorher gegründet und im «Standby-Modus» betrieben werden. Die Einführung von TM hat bekanntlich kostenneutral zu erfolgen, d.h., die Gesamtkosten eines Kantons oder einer bestimmten Region müssen sich nach TM-Einführung in einem vorgegebenen

Rahmen bewegen. Zur Überwachung braucht es eine Datensammelstelle, welche die Rechnungen zentral erfasst, ein sogenanntes Trust Center (TC, siehe oben), das auch als Clearingstelle funktioniert. Die Ärzteschaft sollte diese Aufgabe nicht nur den Krankenversicherern überlassen. So erreichen Ärztinnen und Ärzte in Zukunft mindestens Datenparität, was ihnen in Verhandlungen mit Krankenversicherern, aber auch bei Fragen innerhalb der FMH erlaubt, Diskussionen auf der Basis von sicheren Zahlen und Fakten zu führen.

TM-Informationsveranstaltung im ZLF, Donnerstag 30.5.2002, 19.00 bis ca. 22.00. Kosten Fr. 80.–/Person inkl. Apéro. Anmeldung schriftlich an MedGes BS, Picassoplatz 4, 4052 Basel, oder Fax 061 278 93 96.

- **MNZ 061 261 15 15:** Weiteres Vorgehen: Die Aufgaben des Notfalldienstes und der MNZ sind zu trennen. Die MNZ soll bis ca. Ende 2003 eine eigenständige juristische Person werden, damit das unternehmerische Risiko nicht mehr alleine bei der MedGes liegt. Dazu ist ein Businessplan zu erstellen, der von der MedGes als derzeitige Trägerin finanziert werden soll. Ein entsprechender Sonderbeitrag wird der MV II beantragt. Sodann soll ein Geschäftsführer gefunden werden. Der laufende Subventionsvertrag der MNZ mit dem Kanton BS dauert noch bis 2004.
- **Verbandsführung, Reorganisation Sekretariat:** Im Zentrum dieses Traktandums stand der Vertrag mit Dr. Peter Buss. Der laufende Vertrag gilt noch bis Ende 2003. Nach längerer und angeregter Diskussion zeichnete sich der Wunsch nach einer neuen Regelung ab: Geschäftsführung und Sekretariat sollen durch die bisherige stellvertretende Sekretärin im Hinblick auf den Aufbau eines neuen mandatierten oder gesellschaftseigenen Sekretariates übernommen werden.
- Der **Vertrag** zwischen den Ärzteschaften beider Basel zur Regelung der Zusammenarbeit in der gemeinsamen Verbandszeitung **Synapse** wurde bearbeitet.

Aus dem Vorstand BL

Strategietagung

Der erweiterte Vorstand der Ärztesellschaft Baselland ergänzt durch einige «Know-how-Träger» aus unseren Reihen hat sich an einer ganztägigen Strategietagung zu den Zielen der nächsten Jahre Gedanken gemacht. Der Anlass gab Gelegenheit mit unseren Gästen Frau Rita Bachmann, Präsidentin der Gesundheitskommission des Landrats, Herrn Pierre Moulin, Regionenleiter der Concordia und früherem langjährigen Präsidenten des Basler Kantonalverbands, und Herrn Leo Buchs, Ökonom und Berater im Gesundheitswesen, in Kontakt zu treten. Handlungsbedarf besteht vorab im Bereich Politik (Bestrebungen zur Abschaffung des Kontrahierungszwangs, regionale Spitalplanung und Unterstützung der Universität Basel). Wichtig war den Teilnehmern auch die Verbesserung der Qualität sowie die Optimierung der kollektiven Zusammenarbeit auf allen Ebenen (Stichwort Netzwerke).

TarMed

Die Foederatio Medicorum Scrutantium FMS hat sich nach der deutlichen Annahme von TarMed in der Urabstimmung formell und eindeutig zu einer konstruktiven Zusammenarbeit mit der FMH bei der Weiterentwicklung des Tarifwerks bekannt. Da der Einführungszeitpunkt jedoch immer noch nicht definiert ist, können noch keine Verhandlungstermine festgelegt werden. Die Verhandlungen werden auf der Basis des Rahmenvertrags der «G 7» – einer Verhandlungsdelegation der Kantonalen Ärztesellschaften – mit Santésuisse geführt werden. Die Ärzteschaft wäre bereit und in der Lage, den Tarif auf den 1. Januar 2003 einzuführen.

Trustcenter

Die Ärztesellschaft Baselland ist daran, zusammen mit der Medizinischen Gesellschaft Basel die Möglichkeiten eines gemeinsamen Trustcenters zu evaluieren. Mit einer solchen Institution wäre für die Ärzteschaft endlich die Basis geschaffen, verläss-

liche Statistiken über ihre Tätigkeit zu erstellen – eine im heutigen Umfeld unabdingbare Grundlage von Verhandlungen. Ein konkretes Projekt ist bereits in Vorbereitung (vgl. Artikel in dieser Ausgabe).

Ordentliche Tarifpflege TarMed

Die FMH hat ein elektronisches Antragsverfahren eingerichtet, welches die Formulierung von Anträgen auf Änderungen der Tarifstruktur im Rahmen der ordentlichen Tarifpflege gestattet. Antragsberechtigt sind in der Ärztekammer stimmberechtigte Fachgesellschaften und Fachgesellschaften, die in der KWFB einen Fähigkeits- oder Fertigkeitenschein ausweisen vertreten.

Endlich: HIN auf Mac!

Gute Botschaft für alle Mac-User: Demnächst wird die ASAS Client Version 3 auch auf Mac verfügbar sein. Derzeit werden beta-Tests durchgeführt, für welche sich Interessenten auf der HIN website anmelden können. Diese Test dürften Ende Juni abgeschlossen sein.

GV am Donnerstag 6. Juni 2002,
15.00 Uhr, Hotel Engel Liestal.
Einladung folgt.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. 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
(E-Mail Christoph.Itin@hin.ch)

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

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

Prof. Dr. med. Lutz von Laer (lv),
Facharzt für Orthopädie und Kinderchirurgie

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Konzept

Schaffner & Conzelmann AG, Basel

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise:

erscheint acht Mal jährlich

Inseratenregie

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

Ärztesgesellschaft Baselland

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