



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

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Menschliche Prion- Erkrankungen: Hintergründe und Konsequenzen für die Prävention in der Praxis

Dr. med. vet. C. Rogivue, Leiterin Fachstelle TSE, Prof. Dr. med. D. Hartmann, stellvertretender Direktor, Bundesamt für Gesundheit

Prionen: weder Viren noch Bakterien

Bei den transmissiblen spongiformen Enzephalopathien (TSE) resp. Prion-Erkrankungen handelt es sich um eine spezies-

übergreifende Gruppe tödlicher Erkrankungen, in deren Verlauf sich das Gehirn als Folge des Abbaus von Nervenzellen schwammartig verändert. Am bekanntesten sind die verschiedenen Formen der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit beim Men-

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Oh du alles seelig machender Tarmed – endlich bist du da! 5
- Häusliche Gewalt ist kein schönes Thema 6
- SARS: Vorgehen bei Verdachtsfällen 8
- Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz 9
- syndata AG – das Trustcenter der Ärzte beider Basel im Vormarsch 11
- GAMBA-Generalversammlung vom 21.5.2003 in der Mittenza 11
- Tag des Hausarztes 14
- Aus dem Vorstand 15

Editorial

Tarmed for ever?

Nun ist es endlich soweit! Nach endlosen Querelen darf Tarmed beweisen, was er kann. Seit 1. Mai im UVG/IV/MV-Bereich, ab Januar 2004 auch im KVG, sozusagen «im scharfen Schuss» wird sich zeigen, wer recht hatte, die Kritiker oder die Fans. Nachdem an der letzten Ärztekammertagung dank dankwürdiger Orchestrierung der Tagungsleitung die brisanten Traktanden «Tarmed» und «Moratorium Dignitätserhebung» erfolgreich so lange hinausgezögert wurden, bis sie schliesslich dem zeitlichen Zerfall zum Opfer fielen, haben wir alle mehr oder weniger lustvoll und wohl auch mehr oder weniger erfolgreich unsere Dignitäten und Besitzstände in den Computer gehackt. Bleibt zu hoffen,

dass die in den neuen Tarif gesetzten Erwartungen sich auch erfüllen werden. Dass die Politiker nicht enttäuscht sind, wenn Tarmed nicht als Instrument zur Kostensenkung taugt, dass die Hausärzte auch in 3 Jahren noch ein möglichst breites Spektrum an Leistungen ihren PatientInnen anbieten können, dass nebst der Jagd nach Credits und Ausweisen genügend Zeit fürs Kerngeschäft, für die ärztliche Tätigkeit bleibt, dass die Chirurgen mit Ihren Ängsten und Warnungen unrecht hatten, dass sich auch weiterhin die stetig steigende Zahl Grundversicherter beim Arzt der Wahl behandeln lassen kann und dass nicht eine Schattenwirtschaft von Kontrolleuren und Profiteuren zum Schaden von Vernunft, Qualität, PatientInnen und ÄrztInnen zunehmend die Kontrolle über unser Gesund-

heitswesen übernehmen wird. Ich selbst hoffe, dass trotz der aktuellen Entwicklung die FMH nicht gänzlich zerfällt, weil nur eine möglichst geeinte Ärzteschaft erfolgreich die wachsenden Herausforderungen der Zukunft erfolgreich bewältigen wird, dass es uns gelingt, die bereits bestehenden interkollegialen Netzwerke zum Wohl und Nutzen unserer PatientInnen sinnvoll weiter auszubauen, und dass nebst all den Diskussionen um Kosten und Tarife die aktuell hervorragende Qualität unseres Gesundheitswesens und uns ÄrztInnen auch in Zukunft eine freiheitliche Ausübung dieses doch so grossartigen Berufes erhalten bleibt.

Dr. med. Tobias Eichenberger, Urologie FMH, Liestal

schen, die seit über 200 Jahren regional endemisch auftretende Traberkrankheit der Schafe (Scrapie) und die in den 1980er Jahren in England scheinbar neu entstandene bovine spongiforme Enzephalopathie (BSE). Bei allen TSE geht die Pathogenese mit typischen Veränderungen der Struktur des physiologisch vorkommenden zellulären Prionproteins einher. Einmal so gebildetes pathologisches Prionprotein akkumuliert im betroffenen Gewebe, insbesondere dem Gehirn, und bewirkt dadurch dessen Degeneration. Diese Strukturveränderung kann einerseits spontan auftreten, andererseits durch Aufnahme oder Übertragung von fremdem, bereits pathologisches Protein enthaltendem Gewebe induziert werden. Damit ist die pathogomonische Übertragbarkeit der Prion-Erkrankungen angesprochen. Sämtliche TSE können unter bestimmten Bedingungen sowohl innerhalb derselben Spezies als auch zwischen verschiedenen Spezies übertragen werden. In einer Reihe von Experimenten wurden zudem höchst ungewöhnliche Eigenschaften von Prionprotein-haltigem Gewebe nachgewiesen. Zu den wichtigsten gehören die ausserordentliche Widerstandsfähigkeit gegenüber Inaktivierung durch hohe Temperaturen, Behandlung mit alkylierenden Substanzen, Aldehyden und UV-Licht sowie – im Falle der

Krankheitsübertragung – die langen Inkubationszeiten. Die Zusammenschau all dieser Tatsachen liess bereits sehr früh vermuten, dass das TSE auslösende Agens wahrscheinlich nicht zu den bislang bekannten Klassen infektiöser Mikroorganismen gezählt werden kann. Der diagnostische Nachweis von Prionen geschieht immer indirekt: entweder durch die immunhistochemische Anfärbung von Prionproteinanhäufungen in histologischen Gewebepreparaten, dem biochemischen Nachweis von PrP^{Sc} im Westernblot, oder durch Infektivitäts-transmissionen im Tierversuch. Bis heute bestehen im Zusammenhang mit Prion-Erkrankungen weder Impf- noch Therapiemöglichkeiten. Es existieren auch nach wie vor keine breit einsetzbaren Testmöglichkeiten zum Nachweis einer subklinischen oder präklinischen Erkrankung^{1,2}.

Menschliche Prion-Erkrankungen: die verschiedenen Formen

Beim Menschen treten Prion-Erkrankungen äusserst selten auf. Die Inzidenz ist weltweit in allen Ländern mit funktionierendem Überwachungssystem ähnlich und beläuft sich auf 1–1,4 Fälle pro Million Einwohner pro Jahr³. Die meisten menschlichen Prion-Erkrankungen werden unter dem Namen Creutzfeldt-Jakob⁴ (CJK) subsumiert. Die drei bekanntesten

klassischen Formen der CJK sind klinisch nicht voneinander zu unterscheiden. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um die sporadische Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (85–95% aller Fälle), die ohne bekannte Ursache auftritt. Die verschiedenen familiär auftretenden Formen haben ihre Ursache in bestimmten Mutationen des Genes, welches das normale körpereigene Prionprotein codiert. Zusammen stellen sie – in regional unterschiedlicher Weise – 5–15% aller klassischen CJK-Fälle. Die sehr seltene (<1%), aber gut dokumentierte iatrogene Form kommt unbeabsichtigt im Rahmen bestimmter ärztlicher Eingriffe zustande, z.B. durch kontaminierte chirurgische Instrumente oder im Rahmen von Transplantationen oder Verabreichungen von Gewebe, das von unerkannten Trägern menschlicher Prion-Erkrankungen stammt (Dura Mater, Wachstumshormon, Cornea). 1996 wurde in England eine neue, atypische Form der CJK beschrieben. Verschiedene wissenschaftliche Beobachtungen und Untersuchungen haben zur heute allgemein akzeptierten Annahme geführt, dass diese neue menschliche Prion-Erkrankung, genannt «Variante der CJK» (vCJK), eine neue Zoonose darstellt und durch denselben Erreger verursacht wird wie BSE beim Rind^{5–8}. Als wahrscheinlichster Übertragungsweg gilt die Aufnahme von Nahrungsmitteln, die mit Prion-hal-

- 1 Glatzel M, Gottwein J, Aguzzi A: Prionen als Motor der transmissible spongiforme Enzephalopathien. *Schweizerisches Archiv für Tierheilkunde* 2002; 144: 633–8.
- 2 Rogivue C, Gottwein J, Aguzzi A, Glatzel M: Transmissible spongiforme Enzephalopathien beim Menschen. *Schweizerisches Archiv für Tierheilkunde* 2002; 144: 685–91.
- 3 <http://www.eurocjd.ed.ac.uk/results.htm>
- 4 Jakob AM: Über eigenartige Erkrankungen des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem anatomischem Befunde. *Z. ges. Neurol. Psychiatr.* 1921, 64: 147–228.
- 5 Bruce ME, Will RG, Ironside JW, et al. Transmissions to mice indicate that "new variant" CJD is caused by the BSE agent. *Nature* 1997; 389: 498–501.
- 6 Hill AF, Desbruslais M, Joiner S, et al. The same prion strain causes vCJK and BSE. *Nature* 1997; 389: 448–50.
- 7 Collinge J, Sidle KC, Meads J, Ironside J Hill AF: Molecular analysis of prion strain variation and the aetiology of new variant CJD. *Nature* 1996; 383: 685–90.
- 8 Lasmezias CI, Deslys JP, Demaimay R et al. BSE Transmission to Macaques. *Nature* 1996; 381: 743–4.

| Vergleich | Klassische CJD | vCJD |
|---------------------------|--|--|
| Beginn und Verlauf | <ul style="list-style-type: none"> • Plötzlich: • schneller geistiger Abbau • Koordinationsstörungen • Krämpfe, visuelle Störungen • Lähmung • Alter 50–80 Jahre, Δ 66 J. | <ul style="list-style-type: none"> • Schleichend: • psychiatrische Symptome, Verhaltensveränderungen • Sensibilitätsstörungen • Koordinationsstörungen • Geistiger Abbau, Lähmung • Alter 19–73 Jahre Δ 29 Jahre |
| Dauer | < 1 Jahr (Schweiz: 1–10 Monate) Δ 2.6 Monate | 6 Monate (8–38 Monate) Δ 14 Monate |
| Auftreten | <ul style="list-style-type: none"> • Bekannt seit 1920 • Auf der ganzen Welt | <ul style="list-style-type: none"> • >120 Todesfälle seit 1996 • insbes. Länder mit hoher BSE-Inzidenz (Grossbritannien) |
| Diagnostik | <ul style="list-style-type: none"> • Typisches EEG, 14-3-3 Protein im Liquor, Genetik • Klinik <p>Biopsie (nur Gehirn) / Autopsie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typischer Westernblot • Typische Histologie (HE + IHC) | <ul style="list-style-type: none"> • EEG unauffällig, Genetik, MRI • Klinik <p>Biopsie (Gehirn, Tonsillen) / Autopsie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typischer Westernblot • Typische Histologie (HE + IHC) |

tigem Material BSE-infizierter Rinder kontaminiert waren. Bis Mai 2003 wurden über 130 Fälle der vCJK in England registriert⁹, sechs in Frankreich und je ein Fall in Irland, Italien, USA und Kanada. Bei vCJK unterscheiden sich das Krankheitsbild und die Art der Hirnveränderungen von den Gegebenheiten bei den klassischen CJK-Formen (vgl. Tabelle).

Menschliche Prion-Erkrankungen in der Schweiz

In der Schweiz werden die menschlichen Prion-Erkrankungen seit 1987 offiziell überwacht. Seit Beginn der BSE-Epidemie (1986 in Grossbritannien und 1990 in der Schweiz) sowie dem Auftreten der vCJK (1996) ist die epidemiologische Überwachung dieser Krankheiten eine Priorität. Seit 1999 ist bereits der Verdacht auf eine Prion-Erkrankung meldepflichtig und seit 2001 wird jeder auftretende Fall zusätzlich zur Routinediagnostik vertieft ätiologisch und epidemiologisch abgeklärt und nach europäisch harmonisierter Vorgehensweise in eine Fall-Kontroll-Studie integriert. Zwischen 1987 und 2002 wurden dem BAG 145 Fälle gemeldet. Bei allen Fällen hat es sich um klassische Formen der CJK gehandelt. Bis anhin wurde in der Schweiz kein Fall der vCJK beobachtet¹⁰.

Im Bereich der menschlichen Prion-Erkrankungen ist die Schweiz zurzeit mit zwei Problemstellungen konfrontiert:

1. Vor der gesetzlich eingeführten Entfernung der BSE-Risikomaterialien aus den Produktionsprozessen für Nahrungsmittel, Gebrauchsgegenstände und Heilmittel ist auch die Schweizer Bevölkerung mit BSE-Prionen in Kontakt gekommen. Es ist deshalb nicht auszuschliessen, dass in der Schweiz prä- oder subklinische Träger von vCJK-Prionen und demzufolge auch Patienten vorkommen könnten. Dem dadurch theoretisch erhöhten Risiko für unbeabsichtigte Prion-Übertragungen im Rahmen von ärztlichen Eingriffen muss – im Sinne des Vorsorgeprinzips – bereits heute Rechnung getragen werden.
2. Seit Anfang 2001 erlebt die Schweiz eine bisher unerklärte und im internationalen Vergleich einzigartige Verdoppelung der gemeldeten Fälle klassischer CJK¹¹. Das vermehrte Auftreten von familiärer CJK sowie das Vorliegen einer Zufallsschwankung konnten als Erklärungshypothesen ausgeschlossen werden. Die verbleibenden Theori-

en, dass der CJK-Inzidenzanstieg alleine durch verbesserte Beobachtungen, Abklärungen und Meldedisziplin oder durch das Auftreten unerkannter iatrogener CJK oder allenfalls durch ein neues Zoonosegeschehen verursacht sein könnte, werden intensiv weiteruntersucht.

Präventionsmassnahmen

Da die Ursache der sporadisch auftretenden CJK nach wie vor ungeklärt ist, kann es bei der Prävention im Bereich der menschlichen Prion-Erkrankungen nur darum gehen, erworbene Prion-Erkrankungen wie die Variante der CJK und die iatrogene CJK zu verhindern. Dazu müssen Prion-Übertragungen vom Tier auf den Menschen und von Mensch zu Mensch möglichst verhindert werden. Die wichtigsten dazu getroffenen Massnahmen sind bereits seit 1990 im Bereich der Regulation von Lebensmitteln und Gebrauchsgegenständen sowie der Heilmittel angesiedelt. Sie beziehen sich hauptsächlich auf die konsequente Entfernung von BSE-Risikomaterialien des Rindes (insbesondere Hirn, Rückenmark, Augen und gewisse lymphatische Gewebe) aus den entsprechenden Produktionsprozessen¹². Die Minimierung des Risikos, Prionen von Mensch zu Mensch zu übertragen, wird durch verschiedene Regulierungen im Bereich der chirurgischen und medizinischen Eingriffe, inklusive Transfusion und Transplantation, angestrebt.

Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen

Die «Verordnung über die Prävention der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit bei chirurgischen und medizinischen Eingriffen» (CJKV) ist die am weitesten reichende Massnahme zur Verhinderung von Prion-Übertragungen von Mensch zu Mensch. Sie ist am 1.1.2003 neu in Kraft getreten und regelt die Wiederaufbereitung chirurgischer und medizinischer Instrumente und Geräte. Zudem verbietet sie jegliche Übertragung menschlicher Dura Mater. Von der Vorgabe, «*wiederverwendbare invasive Medizinprodukte, welche im sterilen Zustand zu verwenden sind, nach dem Stand der Wissenschaft zu dekontaminieren, zu desinfizieren und bei 134°C im gesättigten gespannten Wasserdampf während 18 Minuten zu sterilisieren*», sind einerseits sämtliche Spitäler und Kliniken, andererseits «*andere Gesundheitseinrich-*

tungen, namentlich Arztpraxen, die neurochirurgische, ophthalmologische, otorhinolaryngologische oder kieferchirurgische Eingriffe vornehmen», betroffen. Eine obligatorische Ausdehnung auf alle Arztpraxen wird im Moment als unverhältnismässig erachtet, eine allfällige künftig notwendige Ausdehnung des Geltungsbereiches kann jedoch zurzeit nicht ausgeschlossen werden. Der Verordnungstext und die entsprechenden Erläuterungen wurden im BAG-Bulletin 3, 2003 publiziert und können über Internet abgerufen werden¹³.

Ausblick:

In England scheint der Inzidenz-Anstieg seit seinem Maximum in den Jahren 1999/2000 gebrochen zu sein¹⁴. Für eine Entwarnung ist es allerdings noch zu früh. Viele Faktoren mit möglichem Einfluss auf den weiteren Verlauf der Epidemie sind noch unbekannt. Dazu gehören die Abhängigkeit der Inkubationszeit von der infektiösen Dosis, der Infektionsart und der genetischen Prädisposition der Betroffenen sowie die Möglichkeiten, dass die vCJK mittlerweile bereits von Mensch zu Mensch weiterübertragen wurde und/oder bisher unbekannte Phänotypen annimmt, die allenfalls von den klassischen CJK nicht unterschieden werden können. Ausser einem normalen Rückgang liegen somit sowohl ein noch lange gleichmässig weitergehender Verlauf der Epidemienkurve als auch das Erscheinen eines zweiten Gipfels unbekannter Grösse im Bereich der Möglichkeiten.

9 <http://www.info.doh.gov.uk/doh/intpress.nsf/page/2003-0182?OpenDocument>

10 http://www.bag.admin.ch/prionen/d/news_zahlen.htm

11 Glatzel M, Rogjivue C, Ghani A, Streffer J, Amsler L, Aguzzi A: Incidence of Creutzfeldt-Jakob disease in Switzerland. *Lancet* 2002; 360: 139–41, sowie: Klassische Creutzfeldt-Jakob-Krankheit: Zunahme der Meldungen 2001/2002. *BAG-Bulletin* Nr. 29/02 vom 15.7.2002

(<http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/bulletin/d/cjd%20bu%2029.pdf>)

12 <http://www.bag.admin.ch/prionen/lebensmittel/d/massnah.htm> und http://www.swissmedic.ch/files/pdf/Anleitung_TSE.pdf#xml=http://www.swissmedic.ch/texis/texis.exe/webinator/swissmedic_de/xml.txt?query=TSE&pr=swissmedic_de&order=r&cq=3&id=3ec983be3

13 *BAG-Bulletin* 3/03 vom 13. Januar 2003, S. 28–30 (<http://www.bag.admin.ch/prionen/d/verordn.d.pdf>)

14 <http://www.cjd.ed.ac.uk/vcjdq.htm> und Andrews NJ, Farrington CP et al.: Deaths from variant Creutzfeldt-Jakob disease in the UK. *Lancet* 2003; 362, 9359.

Die verschiedenen, bereits bestehenden Massnahmen und Empfehlungen zur Prävention menschlicher Prion-Erkrankungen werden durch das BAG kontinuierlich in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Experten sowie der CJD-Task-Force der Swiss-NOSO¹⁵ unter Einbezug des neuesten Standes der Wissenschaft überprüft. Zwei grössere Forschungsprojekte sollen zudem eine Abschätzung erlauben, ob die bestehenden Massnahmen zur Prävention menschlicher Prion-Erkrankungen einer Anpassung bedürfen¹⁶. Im Rahmen des ersten Projektes wird untersucht, ob und in welchem

Ausmass in der Schweiz asymptomatische Träger von vCJK-Prionen vorkommen (Projekt Gewebebank)¹⁷. Beim zweiten Projekt soll vergleichend abgeklärt werden, welche Typen von Prionen in der Schweiz bei Menschen und Tieren vorkommen. Damit soll die Frage nach einem allfälligen neuen zoonotischen Geschehen beantwortet werden (Projekt Strain Typing). Mit ersten Ergebnissen ist allerdings nicht vor 2005 zu rechnen. Die intensivierete epidemiologische Überwachung sämtlicher menschlicher Prion-Erkrankungen wird unverändert weitergeführt und kontinuierlich im internationalen Kontext evaluiert.

15 <http://www.bag.admin.ch/infekt/krank/d/cjdprionen.htm#noso>

16 BAG-Bulletin 44/01 vom 29.10.2001, S.830–1 (<http://www.bag.admin.ch/infekt/publ/bulletin/d/p14-15d.pdf>)

17 http://www.bag.admin.ch/prionen/d/forsch_gewebeb.htm

Forum

Oh du alles seelig machender Tarmed – endlich bist du da!

Tibor Somlo, Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde FMH, Belegarzt und Leiter der Ergolz-Klinik Liestal, Präsident der Versicherungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für ORL

Das von der Ärzteschaft mit einer grossen Mehrheit gutgeheissene neue Tarifwerk und das von den Sozialversicherern und den Gesundheitspolitikern in den Himmel gelobte «komplizierteste Tarifsystem der Welt» wurde in Kraft gesetzt. Wenigstens für die Suva-Patienten, die Invaliden- und die Militärversicherung. Dieses teuerste Tarifwerk aller Zeiten soll endlich die Kosten bremsen, Einkommen gerecht verteilen und die 5% operierenden Ärzte wegen ihrer bisher beniedenen, etwas höheren Einkünfte strafen. Neu soll der Arzt nicht mehr diejenige ärztliche Behandlung verrichten können, welche er beherrscht, sondern nur noch die, für welche er eine entsprechende Papier-Qualifikation besitzt. Alles wird kontrolliert, korrigiert und manipuliert! Dies, Gott sei Dank, elektronisch mit dem Validator und so haben wir alle Probleme (sprich:

Ärzte) im Griff! Orson Wells lebt – «big brother is watching you»!!!

Je länger ich jetzt als Arzt benötige, um das Problem meines Patienten zu erkennen und behandeln, um so mehr verdiene ich. Operationen sollte ich als Arzt nach dem neuen Tarifwerk möglichst keine mehr ausführen, da die Tarifierung für operative Eingriffe derart schlecht ist, dass ich die Kostensumme meiner 4 Praxisassistentinnenlöhne und meiner Praxisinfrastruktur während der operativen Tätigkeit im Belegarztspital gar nicht mehr verdienen kann!

Vielleicht sollte man den Tarmed noch etwas ausbauen, am besten wäre es, wenn uns die Gesundheitspolitiker neu vorschrieben, dass wir nicht nur gewisse ärztliche Leistungen nicht mehr erbringen dürften, sondern unsere Patienten gar nicht mehr behandeln sollten. Dieses Behandlungsverbot würde nämlich auf allen Ebenen enorme Kosten sparen und würde die tüchtigsten Ärzte mit ihren grossen, erfolgreichen Praxen noch etwas

härter treffen. Endlich hätte der Neid sich selber übertroffen. Man könnte bei vielen Leuten aufgrund der verkürzten Lebenserwartung, die das ärztliche Behandlungsverbot mit sich bringen würde, die AHV einsparen, man würde auf teure Rehabilitationen verzichten, es bräuchte keine Spezialisten mehr, keine Chirurgen, nur noch Technokraten, welche das Bestattungswesen optimal organisierten. Mit dem Tarifwerk Tarmed haben wir den ersten Schritt in diese, so hochgejubelte Richtung getan. Wenigstens für all diejenigen, welche ein hochqualifiziertes, freitliches Gesundheitssystem mit einer optimalen ärztlichen Versorgung der Bevölkerung endlich weg vom Tisch haben wollen.

Als Arzt werde ich mich mit 4500 Rechnungspositionen bei jeder Rechnungsstellung herumschlagen können und darf diese Zeit auch noch als Administrativaufwand verrechnen. Sinnvolle Medizin ist nicht mehr gefragt – es lebe das neue Zeitalter des Tarmed!

Häusliche Gewalt ist kein schönes Thema

Ariane Rufino und Christine von Salis-Pughe, Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt

Justiz-, Polizei- und Militärdirektion
Basel-Landschaft, 4410 Liestal,
E-Mail: interventionsstelle@jpm.bl.ch

Um so mehr danke ich, dass ich erneut Gelegenheit bekommen habe, Sie auf diesem Weg zu diesem leider sehr aktuellen Thema anzusprechen. Man denke an den Mord im April dieses Jahres, als auf offener Strasse in Basel eine Ehefrau und Mutter von ihrem Mann erschossen wurde. In der Mai-Ausgabe 2002 der Synapse bekam ich schon die Möglichkeit, einen Artikel zum Thema «Gewalt in Ehe und Partnerschaft» zu schreiben und Ihnen die Arbeit der Interventionsstelle

gegen häusliche Gewalt des Kantons Basel-Landschaft vorzustellen.

Sie als Ärztinnen und Ärzte sind oftmals die ersten Ansprechpartner für Opfer häuslicher Gewalt. Deshalb ist es uns ein besonderes Anliegen, Sie nach Möglichkeit zu unterstützen.

Frauen, die von häuslicher Gewalt betroffen sind, sprechen häufig nicht von sich aus über die Hintergründe ihrer Verletzungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen. Sie schweigen aus Scham- und Schuldgefühl, aus Angst vor dem Misshandler oder befürchten das Unverständnis oder die Ablehnung ihrer Umwelt. Betroffene Frauen empfinden es oft als Erleichterung, wenn sie nicht selbst auf die Ursachen ihrer Verletzungen zu

sprechen kommen müssen, sondern gezielt und vorsichtig befragt werden. Aus diesem Grund haben wir zusammen mit dem Interventionsprojekt «Halt Gewalt» BS ein Plakat kreiert, das folgende Aussage übermitteln soll:

«In dieser Praxis können Sie über ihre Gewalterfahrung reden»

Es soll signalisieren, dass Sie mit der Problematik vertraut sind und dass Sie bereit sind, sich damit zu befassen. Das Plakat hängt zurzeit in den Wartezimmern einiger Praxen der beiden Kantone. Nach einer Versuchsphase ist geplant, das Plakat breitflächig an HausärztInnen zu verteilen. Nun braucht es aber nebst empathischem, sensiblem Umgang mit dem Opfer auch spezielles Know-how und Kenntnisse der bestehenden Opferhilfestellen.

Besonders im Umgang mit einem zivil- oder strafrechtlichen Verfahren kann die Dokumentation der behandelnden Ärztin oder des Arztes ein entscheidendes Beweismittel für die betroffene Frau sein. An gerichtsverwertbare Beweismittel werden sehr hohe Anforderungen gestellt.

Deshalb haben wir ein Dokumentationsblatt ausgearbeitet, das Sie bei Ihrer Arbeit unterstützen soll. Dieses Dokumentationsblatt eignet sich in erster Linie dafür, objektive Daten zu erheben, festzuhalten, was geschehen ist und welcher Art die Verletzungen sind. Benutzen Sie das Blatt bitte auch, wenn die Frau keine Anzeige erstatten will oder wenn sie schon mehr als einmal mit Verletzungen zu Ihnen gekommen ist und zu ihrem Partner zurückkehren möchte.

Falls Beweismittel zu sichern sind oder ein schweres Verbrechen vorliegt, sollten Sie unbedingt die Rechtsmedizinerin oder den Rechtsmediziner hinzuziehen.

Im Juni werden wir Ihnen per Post dieses Dokumentationsblatt und das Angebot der Opferhilfestellen zustellen. Für Fragen sind wir für Sie erreichbar.



SARS: Vorgehen bei Verdachtsfällen

Dr. med. D. Schorr, Kantonsarzt Baselland,
Liestal

SARS ist für uns immer noch ein weitgehend theoretisches Problem. Wohl sind zahlreiche Verdachtsfälle in der Schweiz gemeldet worden, eine Übertragung hat bisher im Land selbst aber nicht stattgefunden. Dies kann sich ändern, muss doch damit gerechnet werden, dass die Krankheit zumindest auf viele Monate hinaus in asiatischen Ländern ein Problem bleibt. Reisen angesteckte Personen in die Schweiz ein, so muss auch damit gerechnet werden, dass früher oder später eine Übertragung stattfindet. Dann werden die Absonderungsmassnahmen praktisch angewandt werden müssen, und manche Betroffene werden davon nicht begeistert sein. Aus den ausführlichen Anweisungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) sind nachfolgend die wichtigsten Punkte für Hausärztinnen und Hausärzte wiedergegeben.

Falldefinition:

Ein Verdacht auf SARS besteht bei einer Person mit:

– Fieber über 38°C
und

– Husten oder Atemnot
und

– entweder einem engen Kontakt* mit einem Verdachtsfall oder einem wahrscheinlichen Fall von SARS oder einem Aufenthalt in Gebieten mit gemeldeten Übertragungsherden von SARS (siehe aktuelle Liste unter <http://www.bag.admin.ch>), jeweils innerhalb von 10 Tagen vor dem Beginn der Symptome.

*Als enge Kontakte gelten: Krankenpflege eines Verdachtsfalls oder eines wahrscheinlichen Falls, Zusammenleben im gleichen Haushalt mit einem solchen Fall, direkter Kontakt mit respiratorischen Sekreten oder anderen Körperflüssigkeiten eines solchen Falls.

Absonderung; Krankheitsmeldung

- Patienten mit SARS-Verdacht sollen möglichst nicht «zum Arzt gehen». Erlaubt es die klinische Situation, so ist eine Behandlung zu Hause anzustreben, in ernsteren Situationen direkt eine Hospitalisation.
- Bei Behandlung zu Hause sollen tägliche Kontrollen durch die Hausärztin / den Hausarzt durchgeführt werden.
- Die vom behandelnden Arzt angeordnete Isolation bedeutet:
 - Die Patienten sollen zu Hause bleiben und Kontakte zu Personen ausserhalb des Haushaltes vermeiden (keine Besuche). Sie sollen dem Arbeitsplatz, der Schule, der Kinderkrippe etc. fernbleiben.
 - Für den Transport zu medizinischen Untersuchungen sind während dieser Zeitperiode öffentliche Verkehrsmittel zu meiden.
 - Die Patienten sollen zum Schutz von Haushaltsmitgliedern eine chirurgische Maske tragen.
 - Das Schlafzimmer darf nicht mit weiteren Personen geteilt werden.
 - 2x täglich Fiebermessen, Messwert auf Protokoll festhalten
 - Eigene Handtücher und eigenes Geschirr, vor Gebrauch durch andere Person heiss waschen. Abwaschbare Gegenstände mit Alkohol oder einem mit «CE» bezeichneten Flächendesinfektionsmittel desinfizieren.
 - Die Erkrankten und allfällige Kontaktpersonen müssen strikt auf persönliche Hygiene achten (Händewaschen).
- Die Massnahmen zur Isolierung müssen bis 10 Tage nach dem Ende der letzten Symptome der Erkrankung (Husten, Fieber) eingehalten werden.
- Bei Verschlechterung der respiratorischen Symptome soll der Arzt sofort telefonisch kontaktiert werden.
- Der Kantonsarzt ist bei jedem neu aufgetretenen Fall sowie vor Entlassung aus der Notfallstation oder dem Spital zu informieren. Tel. Kantonsarzt BL: 061 925 59 24. Pager: 074 025 70 75. Fax 061 925 69 92. Das offizielle Meldeformular findet sich unter <http://www.bag.admin.ch/infreporting/forms/d/43.pdf>

Untersuchungen:

Neben der Durchführung eines Thorax-Röntgenbildes sollen folgende fünf Proben zur virologischen und bakteriellen Differentialdiagnostik entnommen und nach Rücksprache mit dem Kantonsarzt verschickt werden:

- 2 tiefe Nasenabstriche in Virustransportmedium
 - 1 Mittelstrahlurin (5–10 ml)
 - Blutprobe in akuter Phase (10 ml Vollblut)
 - Blutprobe in Genesungsphase (nach 3 Wochen)
- zusätzliche Proben je nach Fall und Absprache mit dem Labor.

Das Probenentnahmematerial, die Begleitformulare und das Transportmedium (Biocontainer für infektiöse Produkte) sowie die Anweisungen für die Probenentnahme ist bei folgender Adresse zu beziehen:

Centre National Influenza (NZI)
Hôpital Cantonal Universitaire
1211 Genève
Kontaktperson: Dr Yves Thomas,
Tel. 022 372 40 81/86, Fax 022 373 40 88.

Die Proben werden alle in einem einzigen Paket (Biocontainer für infektiöse Produkte) per Express gesendet an:
Institut für Klinische Mikrobiologie und Immunologie (IKMI)
Frohbergerstrasse 3
9001 St. Gallen
Kontaktperson: Dr. Detlev Schultze,
Tel. 071 494 37 20.

Die Proben werden in beiden genannten Laboratorien untersucht. Das IKMI sorgt dafür, dass eine Probe nach Genf weitergeleitet wird. Folgende Analysen werden durchgeführt:

- Im NZI: PCF-Influenza, Parainfluenza 1 und 3, RSV BSV, Human Metapneumovirus, Rhinovirus, Enterovirus, SARS-Coronavirus
- im IKMI: Schnellkulturen für Adenovirus, Parainfluenza 2 und Masern, PCR und Viruskultur für SARS-Coronavirus, Nachweis von Antigenen im Urin für Legionella und Pneumokokken, Serologie für Chlamydia, Mykoplasmen,

Viren der Atemwege, Masern, Hantavirus, Q-Fieber, Tularämie und SARS-Coronavirus.

Desinfektion und Schutzmassnahmen

- Lässt sich der Besuch in der Praxis nicht verhindern, so müssen die Praxis und alle Gegenstände, welche der Patient berührt hat, anschliessend desinfiziert werden.
- Patienten sollen bei jedem Kontakt mit anderen Personen Schutzmasken der Klasse FFP 2 tragen. Das gleiche gilt für Angehörige beim Umgang mit SARS-Patienten.

- Medizinalpersonal in den Spitälern hat zusätzlich zur Maske eine vollständige Infektionsschutz-Ausrüstung zu tragen (Haube, Brille, Schutzanzug, Handschuhe).

Contact-Tracing

- Das BAG schreibt vor, dass alle Personen, mit denen ein Patient mit SARS-Verdacht seit Auftreten der ersten Symptome Kontakt hatte, eruiert, kontaktiert und über die Verhaltensregeln informiert werden müssen.

Gesunde Rückkehrer aus Endemieländern

- Rückkehrer aus Endemieländern erhalten, solange sie gesund sind, keine einschränkenden Auflagen. Personen mit grossem Übertragungspotential (Pflegepersonal, Messearbeiter) sollen für 10 Tage ab Abreise aus dem Herkunftsland zweimal täglich Fieber messen. Bei erhöhter Temperatur sind sie gehalten, zu Hause zu bleiben und den Arzt anzurufen.

Weitere Informationen finden Sie auf dem Internet unter http://www.bag.admin.ch/infekt/d/Patient_management_d.pdf

Universität

Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz – Zwei Multizenter-Studien zur Zusammenarbeit von Hausärzten und Spitälern

PD Dr. H.P. Brunner-La Rocca, Studien-Koordinator TIME-CHF, Kardiologie, Kantonsspital Basel

Die Herzinsuffizienz stellt eines der grossen Probleme des Gesundheitswesens dar. Durch die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und die Tatsache, dass immer mehr Patienten Herzinfarkte und andere kardiale Erkrankungen überleben, nimmt die Häufigkeit der Herzinsuffizienz rasant zu. Für den Patienten bedeutet das Leben mit der Herzinsuffizienz fast immer eine grosse Belastung. Die Patienten müssen sich an komplexe medikamentöse Therapieschemata halten, werden oft hospitalisiert und die Mortalität ist trotz verbesserter Behandlung immer noch beträchtlich. Insbesondere die hohe Rate an Hospitalisationen verursacht enorme Kosten, und es wird geschätzt, dass die Therapie der Herzinsuffizienz alleine über 2% der gesamten Kosten im Gesundheitswesen verursacht.

Die Kardiologie des Kantonsspitals Basel und das Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel führen deshalb in Zusammenarbeit mit verschiedenen andern Spitälern in der Schweiz und Süddeutschland zwei Multizenter-Studien durch, welche auf die Verbesserung der Herzinsuffizienz-Behandlung und Plafonierung der Kosten abzielt.

Die TIME-CHF-Studie (Trial of Intensified vs standard Medical Therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure) untersucht, ob eine intensiviertere medikamentöse Strategie (gesteuert nach BNP-Spiegeln) der Standardbehandlung (gesteuert nach Symptomen) bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz überlegen ist. Die Therapieanpassung erfolgt primär während der hausärztlichen Konsultationen. Obwohl ältere Patienten den Grossteil der Herzinsuffizienz-Population ausmacht, basiert das zurzeit verwendete Therapiekonzept auf Studien bei deutlich jüngeren Patienten. Ob ältere

Patienten gleichermaßen profitieren, ist weitgehend unbekannt. Dies soll mit der TIME-CHF-Studie untersucht werden. Dabei werden neben Morbidität und Mortalität speziell Lebensqualität und psychosoziale Aspekte untersucht. Ältere Patienten (>75 Jahre) werden mit Patienten zwischen 60 und 75 Jahre verglichen. Die SWIM-HF-Studie (Swiss Interdisciplinary Management Program for Chronic Heart Failure) wird den Nutzen einer intensiven Pflege untersuchen, welche in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt die Fähigkeit der Patienten fördern soll, sich selbst zu versorgen. Durch Information, Unterstützung und Kontrollen sollen die Compliance der Patienten verbessert und Anzeichen einer drohenden Dekompensation frühzeitig erkannt werden. Der Patient wird in diesem Fall angehalten, den Hausarzt umgehend zu konsultieren. Ziel ist es damit die Morbidität, insbesondere die Hospitalisationsrate, zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

syndata AG – das Trustcenter der Ärzte beider Basel im Vormarsch

*Dr. med. Lukas Wagner,
Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland*



Die Zahl der Aktionäre des ärzteigenen Datensammel- und Statistikzentrums nimmt stetig zu. Offenbar setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass wir mit diesem unschätzbar wichtigen Instrument wesentlich an Verhandlungsmacht gegenüber den Krankenkassen gewinnen und zudem den Vorteil eines «Praxis spiegels» für jeden Teilnehmer, sei er nun Aktionär oder «nur» Kunde, voll nutzen können.

Ähnliche Unternehmen, wie beispielsweise MediDataAG als versicherungseigene Firma, verzichten ausdrücklich auf das Erheben von Statistiken, was für uns aber äusserst wichtig ist und sozusagen als zweite Fliege mit dem gleichen Schlag erledigt werden kann. Selbstverständlich werden Daten nur im Auftrag des Kunden oder Aktionärs und entsprechend den Auflagen des Datenschutzes verwertet.

Gelegentlich wird der scheinbare Vorteil der direkten Begleichung der Rechnung durch die Kasse ins Feld geführt (Tiers payant). Es entstünden dabei weniger Inkassoausfälle, heisst es. Dies mag für einige Kolleginnen und Kollegen in entsprechenden Gebieten und gewissen Fachgebieten ein Problem darstellen. Grundsätzlich bleibt aber festzuhalten, dass das System des Tiers garant (der Patient zahlt die Rechnung und die Kasse erstattet ihm den zustehenden Beitrag zurück) ohne weiteres auch mit dem Trustcenter

syndata AG funktioniert. Natürlich besteht ein gewisses Inkassorisiko. Dieses Risiko wird aber durch die Unabhängigkeit von den Kassen wieder mehr als wett gemacht. *Denn wer zahlt, befiehlt. Wir wollen nicht Angestellte der Kassen werden.*

Das Problem der Kosten, die wir als Startup-Unternehmen am Anfang selber zu tragen haben, wird sich lösen lassen. Auch MediDataAG arbeitet nicht gratis. Wenn das heute noch so ist, dann darum, weil heute die Verarbeitung einer Rechnung über Medidata für die Kasse billiger kommt als über den üblichen «Papierverkehr». Das wird sich aber mit dem Aufkommen der ärztlichen Trustcenter in der ganzen Schweiz rasch ändern.

Nutzen Sie deshalb die Chance, dem ärzteigenen Trustcenter beizutreten. Sie können sich jederzeit als Aktionär melden oder später Kunde werden. Wichtig ist, dass Sie dabei sind.

Die Seite der GAMBA

GAMBA-Generalversammlung vom 21.5.2003 in der Mittenza

GAMBA-Präsident Dr. Felix Häring konnte trotz gleichzeitigem FCB-Match im Joggeli etwa 30 Mitglieder begrüßen. In seinem Jahresbericht listete er die vom Vorstand während des vergangenen Geschäftsjahres behandelten Themen auf und gab einen guten Überblick über die anstehenden standespolitischen Probleme aus Sicht der Grundversorger.

Im anschliessenden geschäftlichen Teil wurden ohne nennenswerte Diskussio-

nen die Vorschläge des Vorstandes angenommen. So wurde Dr. Felix Häring als Präsident für eine nochmalige Amtsperiode gewählt. Dres. Susanne Müller und Karl Baier wurden für die zurückgetretenen Dres. Roland Voëlin und Andi Früh neu in den Vorstand gewählt. Andi Früh wurde einerseits als Motor und Gründer der GAMBA, andererseits für 10 Jahre aktive Vorstandsarbeit, wovon drei als Präsident, speziell gedankt. Rechnung 2002 und Budget 2003 wurden geneh-

ligt. Der Mitgliederbeitrag wurde bei Fr. 50.– belassen. Neu wird er seit diesem Jahr erstmals gemeinsam mit dem SGAM-Beitrag erhoben, was Aufwand und Kosten spart.

Es folgte ein Vortrag von Dr. Robert Lejeune, in dem er klar und einfach über den Umgang des Grundversorgers mit Tarmed referierte. Für mich war neu, dass ich vermutlich mit einer kleinen Zahl an Tarifpositionen drei Viertel meines Ein-

kommens abdecken werde. Trotz in beiden Kantonen noch nicht festgelegtem Basis-Taxpunktwert strahlte er Zuversicht aus bezüglich Handling und Erfolg von Tarmed, auch für die Grundversorger. Dr. Roland Schwarz, Past-Präsident der AeGesBL, gab einen Überblick über die standespolitischen Probleme, die im Zusammenhang mit Tarmed zurzeit diskutiert werden. Als versierter Frontmann gab er kompetent und verständlich Antwort auf die gestellten Fragen.

Frau Dr. Anne-Catherine Guex, Mitglied des MedGes-Vorstands, stellte daraufhin das Trust-Center «Syndata» vor, ein gemeinsames Unternehmen der AeGes Baselland und der MedGes Basel. Wie vor ihr Roland Schwarz wies auch sie auf die

Wichtigkeit des Generierens ärztteigener Daten hin, weil es die künftige Verhandlungsposition der Ärztesgesellschaften klar stärkt. Durch Syndata kreieren wir die Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt und sind somit aus eigener Quelle frühestmöglich über die verschiedenen Entwicklungen orientiert. Wer die Daten besitzt, kann zuerst die Fragen stellen und die Gegenseite muss reagieren; eine Situation, die für uns Ärzte der heutigen Generation neu ist.

Dr. Karl Baier gab einen kurzen und prägnanten Überblick über die diesjährige SGAM-Kader-Tagung auf dem Bürgenstock. Gemeinsam mit vielen Gästen aus den medizinischen Fakultäten, Politik, Patientenorganisationen und Versicherun-

gen wurde in erster Linie über die Akademisierung der Hausarztmedizin diskutiert. International ist Hausarztmedizin schon länger eine eigene Spezialität. Die WONCA hat Berufsbild und Lehrinhalte festgelegt. Die SGAM fordert nun die Errichtung von Instituten für Hausarztmedizin mit strukturiertem Lehrauftrag und eigenem Budget an allen Fakultäten der Schweiz. Mehrfach wurde festgestellt, dass in der Schweiz die FIHAM Basel diesem Ziel am nächsten ist (vgl. Bürgenstock-Berichte in Primary Care).

Insgesamt war der Abend informativ, konzentriert zugeschnitten auf hausärztliche Fragen und somit gut investierte Zeit. Herzlichen Dank den Organisatoren und Referenten.

**Fortbildungstag der GAMBA ist der 11. September 2003, nachmittags.
Programm folgt.**

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Tag des Hausarztes: Ein Versuch, auszubrechen.



Dr. Peter E. Schlageter, Reinach, Vorstandsmitglied Hausärzteverein Angenstein

«Wer kennt die Risiken, die Nebenwirkungen – wer kennt auch Sie? Ihr Hausarzt.»

Mit diesem provokativen Satz, der in zahlreichen, vorab lokalen Anzeigern im Inseratenteil erschienen ist, wagte der Hausärzteverein Angenstein einen entschlossenen Schritt in die Öffentlichkeit. Der Tag des Hausarztes am Samstag, 17. Mai, wurde zu einem Tag der offenen Tür. Offen für alle, die hinter die Kulissen blicken wollten, um zu erfahren, wo die Kompetenz steckt, was Hausärzte können und vielleicht auch, was nicht. Das wurde angereichert mit Posters, Flyers, mit Diagrammen, Röntgenbildern und Modellen, nicht zuletzt auch mit Kaffee und Kuchen. Es war zunächst eine eher ungewöhnliche Idee, die eher zurückhaltenden Hausärzte dem Publikum vorzuführen, als sei die Praxis ein Schaufenster oder eine Ladenfläche. Schliesslich fand

die Veranstaltung in 53 verschiedenen Arztpraxen statt.

Die Kollegen wurden bedient mit Unterlagen, die auf die Grundsätze der Hausärzte hinwiesen und auf den Notfalldienst, sie bekamen Gesundheitspässe, die sie am Ende eines kurzen Checks abgeben konnten. Man half ihnen bei der Gestaltung der Inserate, wo das nötig war.

Nun, dann warteten die Ärzte in ihren Praxen auf das Publikum. Und die Leute kamen. Eine Blitzumfrage ergab, dass gut 800 Besucherinnen und Besucher in die Praxen kamen. Gemäss den vielen Rückmeldungen waren manche neue Gesichter dabei, aber selbstverständlich auch alte Bekannte. Andere tauchten nach Jahren wiederum auf. Der Erfolg war zwar nicht überall gleich gut. Einige Praxen hatte nur wenige Besucher. Einzelne kamen bis auf 70, andere auf 40 bis 50 Besucher. Das Gespräch mit den Besuchern

in ungezwungener Atmosphäre wurden von den Ärzten und den Besuchern gleichermaßen gesucht.

Der Hausarzt konnte die Leute in seiner eigenen Praxis empfangen oder sich mit andern Ärzten zusammentun. Das geschah so in Reinach: gleich vier Ärzte waren in einer Praxis versammelt, und sie konnten nicht nur die Patienten des «Hausherrn» begrüßen. Dass Hausärzte zusammenarbeiten, wurde von den Besuchern gut aufgenommen. Die andern Ärztinnen und Ärzte blieben in der eigenen Praxis. Die Vorbereitungszeit war wegen einer Datumsverschiebung etwas kurz angesetzt. Aus all unseren Erfahrungen lassen sich aber Lehren für die Zukunft ziehen.

Immerhin, auch das blieb im Gedächtnis haften: Fast überall, wo das möglich war, zeigten sich die Ärzte im Inserat gemeinsam auf einer Foto. Das war in dieser Form ebenfalls neu.

Die Reaktionen der Besucherinnen und Besucher waren allesamt positiv. So locker hatte man seinen Arzt oder irgendeinen Arzt noch selten gesehen. Ob das wirkt? Sicher ist, dass der Hausarzt erfolgreich aus einem gängigen Schema ausgebrochen ist. Er wollte sich als erste Anlaufstelle in Erinnerung rufen. Und das scheint ihm gelungen zu sein.

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!

Aus dem Vorstand BL

Keine Analogieposition in TarMed und Analysenliste

Die Zentralstelle für Medizinaltarife (MTK) UVG teilt mit, dass in der Analysenliste, deren Anwendung im UVG Vorschrift ist, keinerlei Analogiepositionen verrechnet werden dürfen. Dasselbe gilt auch für den TarMed selber. Neue oder nicht im Tarif aufgeführte Leistungen sind der TarMed-Kommission zur Aufnahme in den Tarif zu beantragen. Dieser Antrag muss über die FMH erfolgen und wird in die Nachfolge-

organisation TARMED Suisse eingebracht. Behandelt werden die Anträge durch die Paritätische Tarifkommission (PTK). TARMED Suisse wird getragen von den vier Organisationen MTK, Santésuisse, FMH und H+ (Spitäler der Schweiz).

Sofortige Anwendung der Analysenliste im KVG-Bereich abgewendet

Nach Intervention der FMH und zwei Sitzungen zwischen Vertretern des BSV, der

Santésuisse und der FMH konnte verhindert werden, dass die Analysenliste ab sofort – also noch einige Monate vor Einführung des TarMed im KVG-Bereich – eingeführt wird. Die Vernunft hat ob- siegt, und es gilt also im Kanton Baselland weiterhin der kantonale Labortarif. Dessen Anwendung widerspricht zwar nach Ansicht des BSV schon seit Jahren dem Gesetz. Es gibt aber sachliche Gründe, die Analysenliste erst zusammen mit TarMed am 1.1.04 einzuführen. Dabei spielt insbesondere die Gleichbehandlung mit den Spitälern eine Rolle. Positiv fiel auch die bereits praktizierte Qualitätssicherung ins Gewicht.

Aus dem Vorstand BS

Neu im Vorstand:

Dr. Markus Redlich, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH mit eigener Praxis in Basel-Stadt, nimmt neu an den Vorstandssitzungen teil; damit besteht nun wieder ein statutengemäss vollzähliger Vorstand.

Neuverteilung der Ressorts

Die Gesundheits- und Berufspolitik fällt neu in den Bereich des Präsidenten, Dr. Felix Eymann. Dr. Renato Marelli übernimmt ein neugegründetes Ressort mit den beiden Hauptakzenten Versicherungen und Tarife. Dr. Markus Redlich übernimmt das Ressort Fortbildung von Dr. Anne-Catherine Guex, welche das für kurze Zeit vakant gewordene Ressort Kommunikation übernimmt.

Sekretariat

Die Ernennung der neuen Geschäftsführung erfolgt in diesem Juni; sie wird den amtierenden Geschäftsführer, Dr. Peter Buss, per 31.12.2003 ablösen. Zurzeit werden neue Räumlichkeiten evaluiert. Der Umzug des Sekretariats ist für Oktober 2003 geplant.

Tarmed-Schulungen

Zurzeit wird evaluiert, ob weitere Tarmed-Schulungen durchgeführt werden sollen. Bei einzelnen Grundversorgern scheint hierfür Bedarf zu bestehen. Interessenten für eine letzte Tarmed-Schulung melden sich bitte beim Sekretariat, 061 278 93 80.

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (fr, Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH
Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Ch. Itin (ci), Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender
Dr. med. Benjamin Pia (bp), Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Frau Dr. med. Alexandra Prünke (ap),
Fachärztin für Ophthalmologie FMH
Dr. med. Lukas Wagner (lw),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

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

Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender:

Veranstaltungen bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden.



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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