



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

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

<http://www.medges.ch>

Editorial

Betriebsunfall KVG-Revision?

Dr. med. R. Marelli, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH,
Vorstand Medizinische Gesellschaft, Basel

War die zu Fall gebrachte Revision des Krankenversicherungsgesetzes ein Betriebsunfall oder ein kalkulierter Absturz, so fragte sich die Basler Zeitung am Tag danach. Weder noch, war die Meinung unseres FMH-Präsidenten. Es sei wohl die dienlichste Lösung gewesen. In der Tat muten die einzelnen Reformvorschläge wie ein Kunterbunt eines Sammelkatalogs tauglicher und untauglicher Massnahmen an. Um es auf den Punkt zu bringen: Es fehlten wichtige Aspekte, und es fehlte die Gesamtsicht auf das Gesundheitswesen.

Es scheint, als hätte man sich an der zentralen Frage vorbeischlängeln wollen, welchen Preis wir für unser im internationalen Vergleich sehr gutes Gesundheitswesen zu zahlen bereit sind. Die Linke setzte sich immerhin für eine sozialere Finanzierung ein, die Ratsmitte gab sich eher trötzelnd, und die Rechte war wohl auch nicht ganz überzeugt von dem, was hier im Entstehen begriffen war.

Was lief denn letztlich falsch? Die Debatte wurde unter Ausschluss der Patientinnen und Patienten geführt! Und das sind potentiell alle, die in diesem Land leben. Es geht nicht an, dass derart einschneidende Massnahmen unter dem Titel einer banalen Gesetzesrevision verpackt und umgesetzt werden. Ein solches Vorgehen hätte sich früher oder später gerächt.

Als Ärztinnen und Ärzte sind wir jetzt gefordert: Wer soll denn sonst die Bedürfnisse im Dialog mit Patientinnen und Patienten besser evaluieren können? Wer, wenn nicht wir Ärztinnen und Ärzte,

kennt die Vor- und Nachteile einzelner Leistungen, die Konsequenzen der demographischen Veränderung oder den möglichen Zusammenhang zwischen der sogenannten «Mengenausweitung» und der Vermeidung einer kostspieligen Spitalweisung, um nur einige Beispiele zu nennen? So paradox es klingen mag, ob schon wir nicht Ökonomen sind, sind wir in unserem Praxisalltag fast beiläufig mit höchst brisanten ökonomischen Zusammenhängen konfrontiert, die wir spätestens jetzt in die politische Diskussion einbringen müssen. Die Revision des KVG darf nicht als Einzelnummer über die politische Bühne gehen, es braucht eine Gesamtsicht, die Berücksichtigung anderer Zweige der sozialen und privaten Versicherung, insbesondere der Taggeld- und Invalidenversicherung. Denn was nützt es, bei der Leistungspflicht bei einer bestimmten Behandlungsmethode zu sparen, wenn mit einer teureren und effizienteren Methode die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit eines Patienten schneller wiederhergestellt oder erhalten werden könnte? Oder welchen Sinn hätte es, die Menschen auf ihre biologischen Funktionen zu reduzieren und seelische Aspekte in der Medizin auszuklammern, wenn dafür das psychische Leid und die Kosten im IV-Bereich höher ausfallen?

Die Prävention und Behandlung von Krankheiten kann nicht ohne Blick auf solche volkswirtschaftlichen Konsequenzen erfolgen. Speziell in der städtischen Agglomeration unserer Kantone ist dies von entscheidender Bedeutung.

Verhalten wir uns jetzt nicht ruhig, pflegen wir eine kostenbewusste Medizin, und treten wir in die politische Diskussion ein!

Aus dem Inhalt

- Prävention – eine ökonomische Bewertung 3
- Gesundheitsmonitor 2003: gute Noten für das KVG 9
- Bewegung im Alltag: Gesund bewegt, musclez votre mobilité! 12
- Kulturtip aus der Programmzeitung Sinnbilder unserer Sehnsüchte: Der Silberschatz von Kaiseraugst 14
- TARMED – volkswirtschaftlicher Aufwand für die Ärzte grösser als für fünf Grippeepidemien! 15
- IVB-Patienten- und Krankentransporte – eine kostengünstige Alternative 16
- Gutgemeinter Konsumentenschutz oder einseitige Kampagne gegen das Impfen? 17
- Alterspsychiatrie – eine Domäne für die Staatsmedizin? – Der Bericht zur Folgeplanung II des Psychiatriekonzepts Basellandschaft im Landrat 19
- Mehr Untergewicht oder Übergewicht bei Jugendlichen – was stimmt? 20
- Aus dem Vorstand BL 21
- Aus dem Vorstand BS 22
- Die 12. MedIndoors, die Fortsetzung einer Erfolgsgeschichte 23

Apotheke zur Rose AG

Prävention – eine ökonomische Bewertung

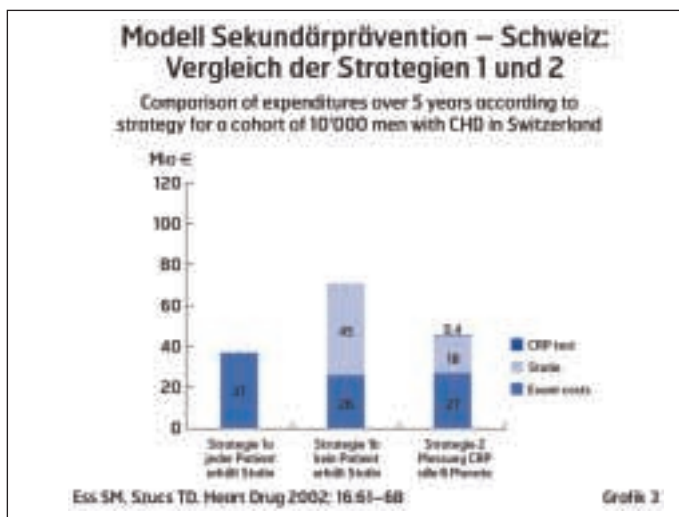
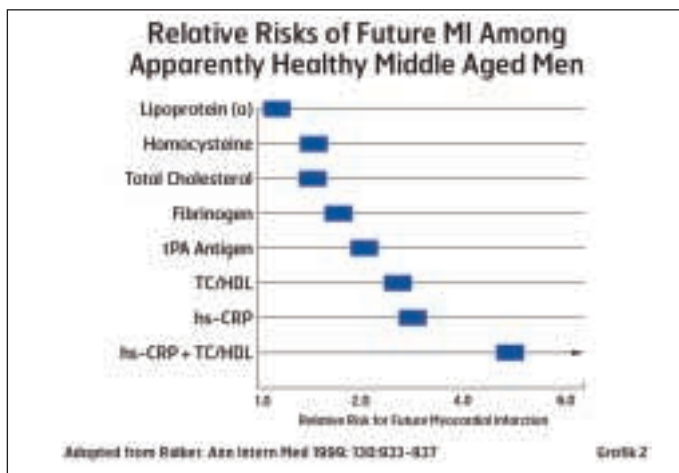
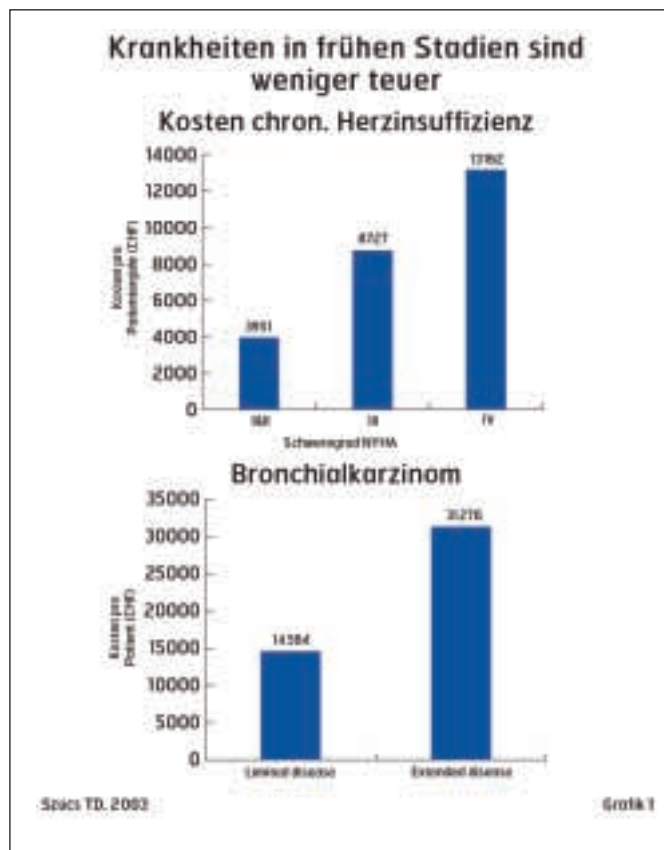
Prof. Dr. med. Th. Szucs, Abteilung für medizinische Ökonomie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, Universitätsspital Zürich

Die Synapse-Redaktion möchte im neuen Jahr vermehrt auf Aspekte der Prävention hinweisen. Wir werden für diese Artikel mit den Kantonsärzten, der Präventionskommission der MedGes und der Gesundheitsförderung Basel-land sowie weiteren Interessierten zusammenarbeiten. Als Auftakt publizieren wir mit freundlicher Erlaubnis der Vereinigung der Importeure Pharmazeutischer Spezialitäten (VIPS) die Zusammenfassung eines von Prof. Dr. med. Th. Szucs am VIPS-Forum vom 23.10.2003

gehaltenen Vortrages, der unsere Präventionsbemühungen aus ökonomischer Sicht ausleuchtet. (fr)

«Im folgenden präsentiere ich Fakten zur volkswirtschaftlichen Bedeutung und zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von Präventionsmassnahmen. Die Früherkennung der Volkskrankheiten chronische Herzinsuffizienz und Bronchialkarzinom bringt auch gesundheitsökonomische Vorteile. Durch Früherkennung respektive wenn die Patienten in einem frühen Krankheitsstadium sind, befinden sie sich in einem noch weniger aufwendigen Stadium, in dem noch Ressourcen gespart werden können (Grafik 1). Es lohnt sich also, solche Krankheiten früh anzu-

gehen. Ein weiteres Beispiel ist die Risikostratifizierung, bei der diagnostische und therapeutische Verfahren zusammengehen, etwa die Messung des hochsensitiven C-reaktiven Proteins, eines neuen Risikofaktors für die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Wir führten in den fünf europäischen Ländern Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Schweiz eine Studie durch, um herauszufinden, was es bringen würde, wenn diese Patienten durch ein modifiziertes Risikofaktorkonzept einer besseren und früheren Therapie bzw. einer Prävention zugeführt würden. Die erste Frage besteht darin, was dieser neue Risikofaktor bedeutet. Eine Studie aus den USA (Grafik 2) zeigt das Risiko, einen Myokardinfarkt



zu erleiden, wenn man das hochsensitive CRP einsetzt. Dies im Gegensatz zur alleinigen Messung des Verhältnisses von Gesamtcholesterin zu HDL-Cholesterin. Dieser Risikofaktor fällt im Vergleich zu anderen durchaus ins Gewicht. Als nächstes stellt sich die Frage der Strategie, hier am Beispiel der Sekundärprävention (Grafik 3): Sollte man bei diesen Patienten weiterhin regelmässig eine CRP-Messung zur Verlaufskontrolle durchführen und dementsprechend auch einen Cholesterinsenker einsetzen oder nicht? Das Ergebnis der CRP-Strategie am Beispiel der Schweiz, bezogen auf 10 000 Männer, zeigt die Wirtschaftlichkeit der verschiedenen Strategien. Es stehen zwei resp. drei Strategien zur Verfügung, und je nachdem, welches neue diagnostische Verfahren eingesetzt wird, entstehen etwas weniger Kosten beim Statineinsatz. Statine wurden aber auch dort eingesetzt, wo man diese Patienten auf Grund bestehender Leitlinien nicht behandeln würde, weil man diese auf Grund ihres Cholesterinwertes für Statine disqualifizieren würde. Gewählt wird also heute selektive und gezielte Sekundärprävention. Es stellt sich immer wieder die Frage, was wir für die investierten Mittel erhalten. Dabei geht es um die Kosten pro gewonnenes Lebensjahr. Die Studie gibt Auskunft über die Werte für die Umsetzung dieser Strategien.

Medikamentöse Massnahmen

Bei den medikamentösen Massnahmen verfügen wir über die weitaus umfassendsten medizinisch-ökonomischen Forschungsergebnisse. Die letzte Studie unserer Gruppe geht der Frage der Therapie, der Prävention und der Frühintervention bei adipösen Typ-2-Diabetikern nach. Diese Krankheit ist von grosser volkswirt-

schaftlicher Bedeutung. Die schweizerische Gesundheitserhebung bezüglich der BMI-Verteilung in der Schweizer Bevölkerung und parallel dazu zu den Typ-2-Diabetikern macht das Problem der übergewichtigen Patienten deutlich (Grafik 4). Es gibt Massnahmen, dies einzuschränken bzw. die Morbidität durch den Einsatz von Medikamenten wie beispielsweise Orlistat zu reduzieren, was bereits zur Standardtherapie gehört. In diesen Studien betrachten wir nicht nur den Nenner im Sinn der Kosten, sondern auch den Nutzen. Wir erstellten eine Kalkulation auf der Basis der sogenannten ereignisfreien Lebenserwartung. Wenn nun Kosten und Nutzen zusammengelegt, also die Kosten in den Zähler und die Nutzen in den Nenner gestellt werden, erhält man eine Kosten-Effektivitäts-Relation. Und wir erhalten Werte, die durchaus im Bereich dessen sind, was wir heute in der Versorgung akzeptieren würden. Es ist also eine ganz klassische, medizinisch-ökonomische Evaluation des Einsatzes eines Medikaments für die Prävention bei diesen Hochrisikopatienten.

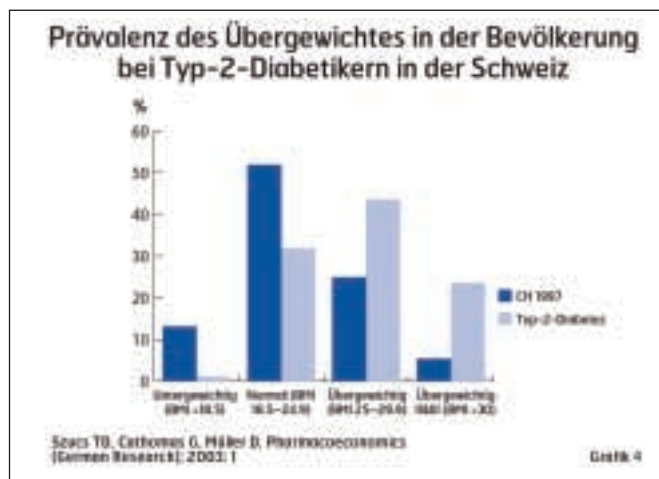
Nichtmedikamentöse Massnahmen

Bei den nichtmedikamentösen Massnahmen spreche ich drei Bereiche an: die Bewegung, die Raucherentwöhnung und die Diät. In bezug auf die Bewegung haben wir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, dem Bundesamt für Sport, dem Bundesamt für Gesundheit und der SUVA eine Studie durchgeführt. In einer ersten Annäherung versuchten wir die volkswirtschaftlichen Aspekte der Bewegung resp. der Inaktivität in der Schweiz zu untersuchen. Diese Daten sind eine wichtige epidemiologische Grundvoraussetzung, um über-

haupt in den nächsten Bereich vorzustoßen und zu wissen, wieviel Morbidität man mit einer erhöhten Aktivität verbessern kann. Basis bilden die relativen Risiken für die Erkrankung (Grafik 5) und deren Behandlungskosten. Krankheiten im Bereich der Onkologie sind die teuersten, weil sehr teure Medikamente eingesetzt werden müssen. So betragen die Folgekosten für ein Kolonkarzinom jährlich CHF 52 165 und für Brustkrebs CHF 28 490. Werden diese Daten miteinander vernetzt, entsteht damit im Prinzip eine Bilanz der Kosten und des Nutzens (Grafik 6). In dieser Studie sind wir zur Erkenntnis gelangt, dass bei sehr vorsichtiger Schätzung der Inaktivitätsgrad in der Schweiz etwa ein Drittel beträgt und zu 1,4 Mio. Erkrankungen, etwa 2000 Todesfällen und CHF 1,6 Mia. direkten Kosten führt (Grafik 7). Die Sensitivitätsanalyse zeigt, ob dieses Modell in etwa stimmen kann. Nun führt auch Sport zu Verletzungen, die man hinzufügen muss. In der Schweiz haben wir zirka 300 000 Verletzungen pro Jahr, etwa 161 Todesfälle und zirka CHF 1,1 Mia. direkte Kosten.

Ein weiteres Beispiel ist die nichtmedikamentöse Raucherentwöhnung durch die ärztliche Betreuung resp. Beratung. Dieses Verfahren erlangt im Moment eine sehr grosse Bedeutung. Ein Kollege aus Lausanne, Dr. Jacques Cornuz, hat diesbezüglich eine Studie durchgeführt, um die Wirtschaftlichkeit dieses Verfahrens zu analysieren (Grafik 8). Sie ergibt für die nichtmedikamentöse Behandlung ein sehr günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Zur Diät haben wir nicht eine Diätstudie per se, sondern auch eine Modellrechnung für die Schweiz für den Risikofaktor der Homocysteinämie erstellt.

In einer Masterarbeit versuchen wir durchzurechnen, was man mit verschie-



	Relatives Risiko für Erkrankung	Relatives Risiko für Todesfall
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.84	1.43
Diabetes II	1.88	3.00
Kolonkarzinom	1.90	1.68
Osteoporose	2.00	-
Brustkrebs	1.39	1.00
Depression	3.15	-
Rückenschmerzen	1.36	-
Hypertonie	1.47	1.00

ISMP Zürich 2001 Grafik 5

AstraZeneca AG
Atacand

denen Public-Health- oder Präventivmassnahmen erreichen könnte. In bezug auf die Food Fortification würde das heissen, dass man beispielsweise dem Getreide die Folsäure beimischen und somit das Brot folsäurehaltig würde. Die Intervention mit Folsäuretabletsen oder einer Folsäurediät ist relativ unwirtschaftlich, die angesprochene Intervention geht aber bereits unter die Nulllinie, d.h., man würde sogar Kosten einsparen. Das sind aber Massnahmen, die gesundheitspolitisch nicht leicht durchgesetzt werden können, wie wir das bei der Jodprophylaxe erfahren haben. Wichtig ist trotzdem, dass eine solche Option durchgerechnet wird, um überhaupt eine vernünftige Diskussion führen zu können.

Impfungen

Ein weiterer Bereich der Prävention sind die Impfungen, zum Beispiel gegen die Virusgrippe, gegen Hepatitis B, Pneumokokken und Meningokokken. Wir gehen da-

von aus, dass in der Schweiz eine mittel-schwere Grippeepidemie, also die richtige Virusgrippe, etwa CHF 43 Mio. pro Saison kostet (Grafik 9). Einen sehr grossen Anteil bilden auch die indirekten Kosten durch Arbeitsausfälle in der Höhe von CHF 87 Mio. Wir wissen, dass die Prophylaxe durch Impfung der Schweizer Bevölkerung noch zu wünschen übriglässt. Das heisst, man ist auch hier bezüglich der Prävention nicht sehr fortgeschritten. Besonders schlimm ist es im Bereich der Institutionen, vor allem der Langzeitpflegeinstitutionen. Eine Erhebung zeigt, dass in den Institutionen die Impfquote bei den Pflegenden mit rund 30% relativ schlecht ist. Das reflektiert sich auch beim Verbrauch des Grippeimpfstoffs. Verglichen mit anderen Ländern, ist die Schweiz nicht an vorderster Front. Wir haben mit 132 Dosen pro 1000 Bevölkerung im Vergleich zum Beispiel mit Kanada mit 350 Dosen, den USA mit 256 und Deutschland und Grossbritannien mit 186 Dosen eine relativ gerin-

ge Verwendung. Vor zwei Jahren führten wir eine Studie durch, um die Impfquote im Universitätsspital Zürich zu beobachten (Grafik 10). Die Impfquote in denjenigen Berufskategorien, die mit sehr hohen Risiken zu tun haben, belief sich nur gerade auf 12,1% (ärztlicher Dienst) und 9,8% (Pflege). Gleichzeitig ist auch die Arbeitsunfähigkeit in dieser Kategorie relativ markant. Wir berechneten, was eine Grippeperiode ein Unternehmen wie das Universitätsspital Zürich kostet, und haben dabei einen Schaden von etwa CHF 1,2 Mio. für die grippalen Infekte berechnet und zirka CHF 300 000, die auf die echte Virusgrippe, die Influenza, zurückzuführen sind. Auf Grund dieser Erhebung wurde eine grosse präventive Aktion bei der Belegschaft des Spitals durchgeführt. Innerhalb eines Jahres verdoppelte sich die Impfquote im Spital von 15,0 auf 30,5%. Bei Grippeimpfungen liegt nach wie vor das Interesse bei den indirekten Kosten. In der Saison 2000/2001 führten wir deshalb auch eine Erhebung

Auf ungenügende körperliche Aktivität und Inaktivität zurückzuführender Anteil der Erkrankungen in Prozent der tatsächlich beobachteten Erkrankungen (PAR*), in Fallzahlen und in verursachten Kosten pro Jahr

	Verursachte Erkrankungen	Kosten (in Mio. Franken)			
		direkt	indirekt	gesamt	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	24%	30 452	113	129	242
Diabetes II	24%	94 604	332	60	392
Kolonkarzinom	25%	785	41	0	41
Osteoporose	27%	111 166	70	0	70
Brustkrebs	12%	456	13	0	13
Depression	44%	37 858	303	0	313
Rückenschmerzen	12%	547 159	404	616	1020
Hypertonie	15%	422 586	293	0	293
Total		1 385 066	1579	805	2384

* Population attributable risk
ISMP Zürich 2001 Grafik 6



Kosten der Inaktivität in der Schweiz: Zusammenfassung

Die ungenügende Aktivität führt in der Schweiz jährlich

– bei vorsichtiger Schätzung (Inaktive 1/3) zu:

- 1,4 Mio. Erkrankungen
- knapp 2000 Todesfällen
- CHF 1,6 Mia. direkten Kosten

– bei einer Sensitivitätsanalyse (Inaktive 73,1%) zu

- 2,3 Mio. Erkrankungen
- 3178 Todesfällen
- CHF 2,6 Mia. direkten Kosten

ISMP Zürich 2001 Grafik 7

Krankheitslast Grippe in der Schweiz

	Epidemie-Typ		
	mild	mittel	schwer
Arztbesuche (000)	125	356	623
Spitaltage (000)	24	42	67
Exzess Mortalität (000)	1,0	1,3	1,9
Verlorene Lebensjahre	10 400	12 700	19 200
Direkte Kosten (CHF)	28 Mio.	43 Mio.	67 Mio.
Indirekte Kosten (CHF)	30 Mio.	87 Mio.	162 Mio.
Total Kosten (CHF)	58 Mio.	130 Mio.	229 Mio.

N.B. Arbeitsunfähigkeitstage D: 7450 / 100000 Einwohner
Matter H et al. First Eur. Influenza Conference, Malta, Oct 21-23, 2002 Grafik 9

Pfizer AG
Bextra

mit dem flugärztlichen Dienst der damaligen Swissair durch. Im Universitätsspital Zürich fielen 2,58 Arbeitsunfähigkeitstage wegen grippeartiger Erkrankung an, bei der Swissair waren es 5,23 Tage.

«Nur auf der Grundlage von medizinisch-ökonomischen Daten kann beurteilt werden, welche Strategien zu verfolgen sind.»

Eine andere Analyse, die kürzlich publiziert worden ist, betrifft die Pneumokokkenimpfung. Auch hier galt es, in einem ersten Schritt herauszufinden, welche Komplikationen es bei der Pneumokokkenerkrankung gibt und welche durch eine Impfstrategie verhindert werden können. Wir haben die gesamte schweizerische Geburtskohorte genommen, diese Patienten über Jahre hinweg impfen lassen und bei verschiedenen Interventionen die Wirtschaftlichkeit durchgerechnet (Grafik 11). Je nachdem, welche Strategie man verwendet, kann diese bis hin zu CHF 190 000 pro qualitätsbereinigtes Lebensjahr ausmachen. Also auch hier wieder ein mehrfacher Faktor. Etwas Ähnliches führten wir bei den Meningokokken bei Risikogruppen durch und prüften sechs verschiedene Strategien, so Meningokokken-C-Vakzine mit oder ohne Verbindung mit anderen Impfstoffen. Dabei haben wir festgestellt, dass die Einzelapplikation einer Dosis Meningokokken-C-Vakzine mit kombinierten Antige-

nen am wirtschaftlichsten ist. Wenn man dies in einem sogenannten Kosten-Nutzen-Diagramm aufbaut, sieht man die Strategie mit dem steilsten Gradienten als wirtschaftlichste Strategie.

In-vivo-Diagnostik

Auch beim nächsten Bereich, der In-vivo-Diagnostik, ist es wichtig, über ökonomische Daten verfügen zu können. Seit Jahren werden in der Schweiz Hüftscreenings bei Neugeborenen durchgeführt, doch immer wieder stellt sich die Frage, ob die Sozialversicherung diese Kosten übernehmen soll. Auch hier braucht es Fakten, die aufzeigen, was die sonographische Strategie in der Schweiz kosten würde und wie hoch die Kosten für das klinische Entdecken von Hüftdisplasie bei Neugeborenen und deren Folgekosten sind. Nur mit diesen Daten kann beurteilt werden, welche Strategie zu verfolgen ist.

Fazit

Betrachtet man die Primärprävention im Vergleich zur Sekundär- und Tertiärprävention, zeigt sich eine ganz andere Dimension an Wirtschaftlichkeit. Die Primärprävention ist per Definition eine etwas unwirtschaftlichere Vorgehensweise als die Sekundär- und Tertiärprävention, und zwar wegen des Ausgangsrisikos. Eine Harvard-Studie zeigt, was im Bereich der Medizin eigentlich möglich ist. 370 Primärpräventionsstudien wurden analysiert, die eine Kosteneffektivität von CHF

118 500 pro gerettetes Lebensjahr ergaben. Vergleichen wir das mit der Kosteneffektivität medizinischer Interventionen in anderen Bereichen, zeigt sich eine ganz andere Dimension: 34 Studien in der Arbeitsmedizin ergaben mediane Kosten pro gerettetes Leben von US-\$ 346 000, 87 Studien im Bereich Transport von US-\$ 256 000 und 124 Studien in der Umwelt von US-\$ 4 207 000. Verschiedene Studien zur Kosteneffektivität unterschiedlicher Screeningmassnahmen und Präventivstrategien ergaben folgende mediane Kosten pro gerettetes Lebensjahr: Mammakarzinom US-\$ 17 000, Osteoporose US-\$ 18 000, Hypertonie US-\$ 20 000 und HIV/ Aids US-\$ 447 000.

«Die Primärprävention ist per Definition eine etwas unwirtschaftlichere Vorgehensweise als die Sekundär- und Tertiärprävention.»

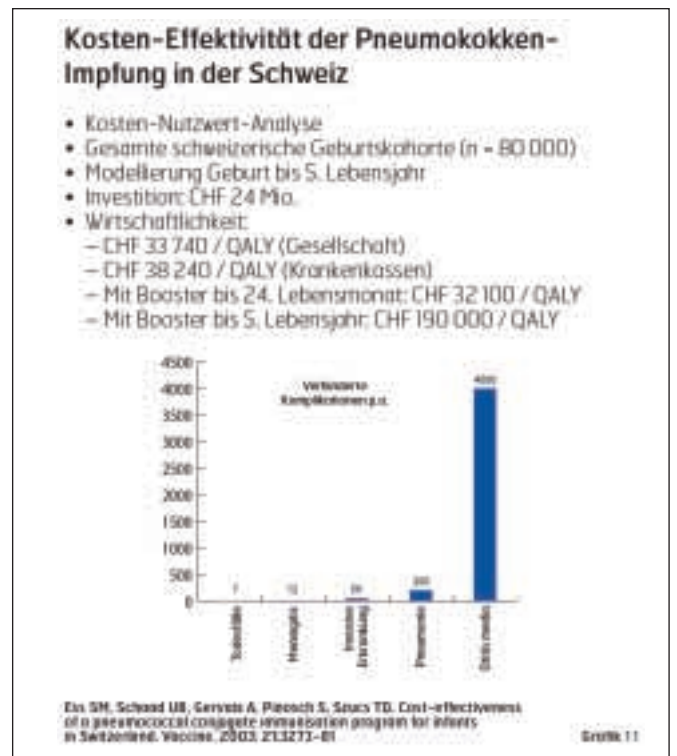
Präventionsmassnahmen müssen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit evaluiert werden. Dabei sind nationale Daten sehr wichtig, denn wir können nicht davon ausgehen, dass in den USA oder in England gerechnete Daten auch immer auf die Schweiz zu übertragen sind. Auch müssen wir vermehrt unterscheiden zwischen bevölkerungsbezogenen Massnahmen und individueller Prävention, weil in diesen beiden Bereichen ganz andere gesundheitsökonomische Rechnungen angestellt werden müssen.»

Impfraten, Erkrankungsinzidenz und Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit der Berufsgruppe

Funktion	Impfrate %*	ILI Atteck-rate %**	Arbeitsunfähigkeit %***	Arbeitsunfähigkeit (Tage)†
Arzt/Dienst	12.1	24.2	75	2.34
Pflege	9.8	34.2	85	5.78
Administration	15.4	34.6	78	4.0
Labor	22.2	27.8	40	4.0
Technik	11.1	11.1	100	3.0
Wissenschaftler	33.3	50.0	100	2.0
Küche	28.6	28.6	100	2.0
Reinigung	25.0	0	0	0
Sozialarbeiter	28.6	16.7	100	10
Total	15	29.5	80	4.3

DOI: days off work; ILI: influenza-like illness
 * Fisher's exact test: Chi square: 7.60, p = 0.521
 ** Fisher's exact test: Chi square: 8.05, p = 0.416
 *** Fisher's exact test: Chi square: 8.75, p = 0.324
 † Kruskal-Wallis test: p = 0.031
 ‡ Mann-Whitney U Test between physicians and nurses: p = 0.005

Source: TD et al. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001 Aug; 22(8): 472-4



Gesundheitsmonitor 2003: gute Noten für das KVG

Dr. med. Markus Trutmann,
Chefredaktor Schweiz. Ärztezeitung, Basel

Die Resultate des Gesundheitsmonitors 2003 zeigen insgesamt ein verschärftes Bewusstsein der Bevölkerung für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und eine zunehmende Bereitschaft, Einschränkungen in Kauf zu nehmen, um diese Kosten in den Griff zu bekommen. Das KVG wird mehrheitlich positiv beurteilt, seine Eckpfeiler werden nicht in Frage gestellt, und es werden keine revolutionären Veränderungen gefordert. Die höchste Kompetenz in Fragen des Gesundheitswesens wird nach wie vor der Ärzteschaft zugesprochen, allerdings mit fallender Tendenz seit 2000.

Der «Gesundheitsmonitor 2003» basiert auf einer persönlichen Befragung von 1234 Stimmberechtigten aus der ganzen Schweiz. Die Befragung wurde durch das GfS-Forschungsinstitut unter der Leitung von Claude Longchamp im Auftrag der Interpharma vom 30.6. bis 18.7.2003 durchgeführt [1].

Die Resultate des Gesundheitsmonitors zeigen, dass die subjektive Belastung durch die Krankenkassenprämien weiterhin sehr hoch und gegenüber dem Vorjahr gestiegen ist. Als Mittel der Kostenreduktion erwägen 17% der Befragten einen Wechsel der Krankenkasse, gegenüber 5% im Jahr 2001. 15% ziehen eine Änderung der Prämien- oder Franchisenzahlung in Betracht gegenüber 17% im Jahr 2002. Generell wird damit ge-

rechnet, dass die Gesundheitskosten weiter steigen werden. Als hauptsächliche Verursacher werden Personen gesehen, die unnötig den Arzt aufsuchen. Kostendämpfende Massnahmen werden vor allem vom Bund erwartet. Die höchste Kompetenz in Fragen des Gesundheitswesens wird nach wie vor den Ärzten zugesprochen, allerdings mit leicht fallender Tendenz seit 2000 [2]. Gefolgt werden diese von den Apothekern, den Krankenkassen und der Pharmaindustrie. Schlusslicht bilden die Politiker, der Bundesrat eingeschlossen.

Die befragten Stimmbürgerinnen und -bürger wünschen sich ein Gesundheitswesen, das durch hohe Qualität und Wahlfreiheit gekennzeichnet ist, aber auch einen Ausgleich zwischen Solida-



BAG und DACH empfehlen

allen Frauen die schwanger
werden möchten oder könnten
zusätzlich
zu folsäurereicher Nahrung
die kontinuierliche Einnahme
von **0,4 mg Folsäure pro Tag**
in galenischer Form ¹⁾
nichts mehr, nichts weniger
und nichts anderes

¹⁾ Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen 16/1996; DACH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr 2000

Z: Folsäure 0.4mg; I: Vorbeugung von Neuralrohrdefekten; D: 1 Tablette täglich; KI: Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff; UAW: selten allergische Reaktionen oder leichte gastrointestinale Störungen; IA: v.a. Folsäureantagonisten, Antiepileptika; P: 30 und 90 Tabletten. Liste C. Andreafal AG, 4054 Basel. Mehr im Kompendium

rität und Eigenverantwortung, zwischen Staat und Markt sowie zwischen Bund und Kantonen schafft.

Zum KVG ziehen 47% eine positive bis sehr positive Bilanz, 38% eine negative bis sehr negative Bilanz. 83% wollen das Kopfprämienystem beibehalten, 56% den Leistungskatalog auf dem heutigen Stand belassen. Der Anteil derjenigen Stimmbürger, die mit dem Zulassungsstopp für Ärzte einverstanden sind, ist von 36% im Jahr 2002 auf 81% im Jahr 2003 angestiegen.

Die Mehrheit wünscht sich eine Belohnung für individuell richtiges Verhalten, etwa durch einen Bonus. Hingegen werden eine Erhöhung der Franchisen und des Selbstbehaltes abgelehnt. Ebenfalls mehrheitlich abgelehnt wird die Koppelung der Prämienhöhe an die Mitgliedschaft in Ärztenetzwerken. Die Lockerung des Vertragszwangs wird von 54% abgelehnt und von 35% befürwortet.

Die Bereitschaft, Einschränkungen in Kauf zu nehmen, um dadurch Einsparungen zu erzielen, ist gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Zu diesen möglichen Einschränkungen zählen der Verzicht auf die freie Spital- und Arztwahl, der Verzicht auf Therapiefreiheit, Kürzungen des Leistungskatalogs sowie einen eingeschränkten Zugang zu neuen modernen Medikamenten und Behandlungsmethoden.

Im Jahr 2000 waren noch 70% der Befragten der Meinung, dass die Behandlung des Patienten und medizinische Überlegungen in jedem Fall Vorrang haben, im Jahr 2003 waren es nur noch 49%. Dafür sind im Jahr 2003 41% der Meinung, dass die Behandlung von den Überlebenschancen abhängen sollte, gegenüber 22% im Jahr 2000.

Bei der Verschreibung von Medikamenten sollte der Arzt in erster Linie auf die Qualität achten, in zweiter Linie auf den Preis. Wenn die Befragten die Auswahl

haben, würden 55% eher das Generikum, 33% eher das Originalmedikament kaufen. Seit 1997 halten mehr als 80% der Befragten die Medikamentenpreise für zu hoch.

Die Bedeutung der chemisch-pharmazeutischen Branche für den Wirtschaftsstandort Schweiz wird unvermindert als hoch eingestuft. Sie rangiert hinter den Banken gleich an zweiter Stelle, wenn die Wichtigkeit für die Wirtschaftskraft der Schweiz beurteilt werden muss.

Die Resultate zeigen insgesamt ein verschärftes Bewusstsein für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen und eine zunehmende Bereitschaft, Einschränkungen in Kauf zu nehmen, um diese Kosten in den Griff zu bekommen. Das KVG wird mehrheitlich positiv beurteilt, seine Eckpfeiler werden nicht in Frage gestellt, und es werden keine revolutionären Veränderungen gefordert. Viel eher scheinen die Befragten offen für punktuelle Verbesserungen und differenzierte Lösungen zu sein. Von den Politikern vorgeschlagene Lösungen vermochten aber nicht zu überzeugen: die Koppelung der Prämienhöhe an die Mitgliedschaft in einem Ärztenetzwerk, die Erhöhung von Franchise und Selbstbehalt sowie die Lockerung des Vertragszwangs finden keine Mehrheiten. Einzig in der Frage des Zulassungsstopps für Ärzte ist die Mehrheit innerhalb eines Jahres vollständig zugunsten dieser Massnahme gekippt – vielleicht ein Zeichen dafür, dass unter den gegenwärtigen Entwicklungen des Gesundheitswesens die Meinungen und Haltungen der Stimmbürger nicht in Stein gemeisselt sind und sich rasch ändern können. Vor diesem Hintergrund sind die Resultate und die scheinbaren Trends des Gesundheitsmonitors mit Vorsicht zu interpretieren.

Aus der Sicht der Ärzteschaft ist erfreulicherweise zu verzeichnen, dass Ärzten nach wie vor die höchste Kompetenz in

Fragen des Gesundheitswesens zugesprochen wird. Dies darf aber nicht übersehen lassen, dass der Trend seit dem Jahr 2000 leicht, aber konstant nach unten weist. Das gleiche Schicksal erfährt die Pharmaindustrie, die im Jahr 2003 erstmals von Apothekern, Krankenkassen und Bundesämtern überholt worden ist. Gerade die Bundesämter sind seit drei Jahren stark am Aufholen und gewinnen offenbar an Ansehen.

Noch ist für die Ärzteschaft die Zeit günstig, den Vertrauensbonus einzusetzen und Einfluss auf die Diskussionen über die Gesundheitskosten zu nehmen. Allzulange kann sie sich aber nicht mehr auf diesem Vorsprung ausruhen. Ohne aktives Dazutun und gezielte Imagepolitik dürfte der Bonus in den nächsten Jahren wie Schnee an der Sonne dahinschmelzen. Die Stimmbürger sind durchaus in der Lage, zwischen Schaumschlägerei und seriösen Vorschlägen zu unterscheiden. Eine Ärzteschaft, die sich auf reine Besitzstandswahrung fixiert, würde in dieser Situation einiges an Glaubwürdigkeit verlieren. Handkehrum scheint die Zeit reif für einen konstruktiven Dialog zwischen Ärzteschaft, Stimmbürgern und den anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Diese Gelegenheit sollte nicht verpasst werden.

Referenzen

- 1 Kurzfassung des Gesundheitsmonitors 2003.
http://www.interpharma.ch/themen/ghpolit/gmonitor_03/GfS_Gesundheitsmonitor2003-f-Kurzfassung.pdf
- 2 Medienpräsentation des Gesundheitsmonitors 2003.
http://www.interpharma.ch/themen/ghpolit/gmonitor_03/inhalt.html

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!

Aventis Pharma AG
Imovane

Bewegung im Alltag: Gesund bewegt, musclez votre mobilité!

Unter verschiedenen Titeln arbeiten wir seit etwa drei Jahren an einem Projekt, in welchem wir die Bewegung im Alltag fördern wollen. Dies ist ein Anliegen, welches auch von anderen Organisationen wie der Diabetes-Gesellschaft oder der Herzstiftung verfolgt wird. Wir als Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz haben uns dem Thema von einer anderen Seite angenommen: Gleichzeitig mit der Bewegung im Alltag kann auch Energie gespart werden: Das Auto wird zu Hause gelassen, und kurze Wege werden zu Fuss oder mit dem Fahrrad zurückgelegt. Das Potential ist gegeben: Jede fünfte Einkaufsfahrt mit dem Auto ist kürzer als einen Kilometer!

Im letzten Jahr erhielten wir für dieses Engagement an der «sun 21» den Hauptpreis des grossen Mobilitätspreises von Energie Schweiz, den Prix Pegasus in der Höhe von CHF 60 000.–. Auch die Gesundheitsförderung Schweiz, das Bundesamt für Gesundheit mit dem Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit sowie die kantonalen Umweltschutzämter beider Basel gewährten grosszügige finanzielle Unterstützung. Das Bundesamt für Sport berät uns mit seinem Fachwissen und stellt uns im Internet ein Ausbildungsprogramm zur Verfügung. Das Projekt ist so weit fortgeschritten, dass es im September 2003 gestartet werden konnte. Zur Zeit suchen wir Hausarzt- und Physiotherapiepraxen, welche sich am Projekt beteiligen. Wir hoffen, Sie mit den nachfolgenden Informationen für unser Projekt, das *Bewegungsförderungs-Projekt der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz, Sektion beider Basel*, gewinnen zu können:

Warum?

37% unserer Bevölkerung bewegen sich weniger als 30 Minuten am Tag; die Tendenz zu wenig Bewegung ist steigend. Untersucht wurde in dieser Befragung die moderate Aktivität. Damit gemeint

ist z.B. schon das zügige Gehen, bei dem man *leicht* ins Atmen oder auch Schwitzen gerät. Würden diese Personen mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren, wären nicht nur die Menschen gesünder und zufriedener, sondern auch das Klima!

Was?

Basierend auf der «Move for Health»-Idee der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wird ein **neues Modell zu Bewegungsförderung** entwickelt: Es greift bisherige Mängel bei der Erreichung Inaktiver auf und motiviert und qualifiziert eine breitere Ärzteschaft und die Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Inaktive fundiert bei der Integration von Bewegung in deren Alltag zu beraten. Inaktive werden in der Arztpraxis via Fragebogen identifiziert und in einem kurzen Arztgespräch einer Intervention zugeführt. Diese besteht aus einer Bewegungsbroschüre mit Tips bzw. aus einem zweimaligen Beratungsgespräch. Sie können diese Beratung selber durchführen oder sie an eine Physiotherapeutenpraxis delegieren. Die Projektleitung liegt bei den Ärztinnen und Ärzten für Umweltschutz, Sektion beider Basel, die Organisation übernimmt die Firma ecos. Die hausärztliche Intervention findet voraussichtlich von März 2004 bis März/April 2005 statt. Die Evaluation des Projektes wird durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Basel geleitet.

Was haben Sie davon?

- Sie sind Teil einer Studie von ÄrztInnen für ÄrztInnen, die das Thema Gesundheitsförderung in der Arztpraxis mit fundierten Daten bei Krankenversicherern salonfähig machen möchte.
- Pro Beratung von 30 Minuten Dauer erhalten Sie ca. CHF 80.–.
- Pro ausgefüllten Identifikationsfragebogen erhält Ihre Praxis zusätzlich CHF 1.–.

- Nach Bestehen des Internetausbildungskurses qualifizieren Sie sich für das Zertifikat des Bundesamts für Sport als Bewegungsberaterin oder -berater.

Sie können sich entweder als BeraterIn oder als delegierende/r Ärztin/Arzt am Projekt beteiligen.

Als Beraterin/Berater

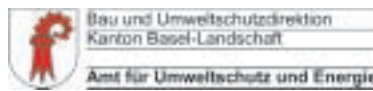
- **Ausbildung:** Online mit einem eigens vom Bundesamt für Sport entwickelten Tool (www.ratzurtat.ch). In einem Workshop lernen Sie das Handwerkszeug für die Beratung. Geschätzter Aufwand: Onlineausbildung 20 Stunden, Workshop ½ Tag.
- **Identifikation:** Mittels Fragebogen identifizieren Sie in Ihrer Arztpraxis während festgelegter Identifikationswochen Inaktive.
- **Gutschein:** Während bestimmter Wochen erhalten Inaktive von Ihnen zusätzlich zu einer Broschüre einen Gutschein für eine zweimalige Bewegungsberatung durch Sie.
- **Bewegungsberatung:** Während zweimal 30 Minuten haben Sie die Möglichkeit, Inaktive auf ihrem Weg zu einem aktiveren Alltag zu begleiten.
- **Aufwand:** Während eines Jahrs werden Sie ca. 4- bis 5mal je 2 Wochen lang das Bewegungsverhalten Ihrer PatientInnen erfassen. Die Fragebögen (ca. 40 pro Woche) werden zur Evaluation an ecos gefaxt. Schätzungsweise 15–20 Inaktive werden Sie während des Projekts beraten.
- **Austausch:** Möglichkeiten zum Austausch über die Integration in den Praxisalltag und nützliche Tips zur Beratung werden an Netzwerktreffen gegeben.

Als delegierende/r Ärztin/Arzt

- **Einführung:** Sie werden an einem Einführungsabend in die Methodik und Zielsetzungen des Projekts eingeführt. Geschätzter Aufwand: ca. 3 Stunden.

- **Identifikation:** Mittels Fragebogen identifizieren Sie in Ihrer Arztpraxis während festgelegter Identifikationswochen Inaktive.
 - **Gutschein/Zuweisung:** Während bestimmter Wochen erhalten Inaktive von Ihnen zusätzlich zu einer Broschüre einen Gutschein für eine zweimalige Bewegungsberatung durch einen ausgebildeten Physiotherapeuten.
 - **Aufwand:** Während eines Jahrs werden Sie ca. 4- bis 5mal je 2 Wochen lang das Bewegungsverhalten Ihrer PatientInnen erfassen. Die Fragebögen (ca. 40 pro Woche) werden zur Evaluation an ecos gefaxt.
 - **Austausch:** Möglichkeiten zum Austausch über die Integration in den Praxisalltag werden an Treffen gegeben.
- Wichtige Eckdaten**
- Anmeldung bis Ende Februar 2004 mit untenstehendem Anmeldetalon
 - Ausbildung als BewegungsberaterIn: Onlinetests auf www.ratzurtat.ch
 - Workshop über den Ablauf des Projekts, Beratung in Praxis und Üben der Beratungssituation: Donnerstag, 18.3.2004, weiterer Termin in Planung
 - Start Beratungen: 26.3.2004

Das Projekt wird unterstützt von:



Anmeldung und Information:

Frau Meltem Kutlar Joss, ecos, Postfach, 4001 Basel, Fax: 061 271 10 10 oder E-Mail: meltem.kutlar@ecos.ch. Weitere Auskünfte auch bei: Dr. Max Handschin, Allgemeine Medizin FMH, Gelterkinden, Tel. 061 985 95 55, mdhandschin@datacomm.ch

Anmeldetalon

Ja, ich möchte teilnehmen
 als ausgebildeter Bewegungsberater als delegierender Arzt

Name, Vorname _____

Ausbildung/Titel _____

Praxisanschrift _____

Ort der Praxis _____

E-Mail _____

Telefon (Praxis) _____ Telefon (Privat) _____

Name(n) MPA _____

Talon schicken an: Frau Meltem Kutlar Joss, ecos, Postfach, 4001 Basel, Fax: 061 271 10 10 oder E-Mail: meltem.kutlar@ecos.ch. Weitere Auskünfte auch bei: Dr. Max Handschin, Tel. 061 985 9555, mdhandschin@datacomm.ch

Sinnbilder unserer Sehnsüchte: Der Silberschatz von Kaiseraugst

Urs Hofmann

In der Römerstadt Augusta Raurica wird einer der grössten Silberfunde der Antike erstmals vollständig gezeigt.

Gross muss das Erstaunen der Wirtin Schmid gewesen sein: Die vermeintlichen Kuchenbleche, die sie neben ihrem Restaurant aus dem Morast geklaubt hatte, waren vor über 1600 Jahren von Römern dort vergraben worden. Der Bagger, der das Areal für einen Sportplatz planieren sollte, holte die Objekte im Winter 1962 ans Tageslicht. Mit seinen 270 Stücken gehört der Silberschatz von Kaiseraugst zu den weltweit bedeutend-

sten Funden römischen Silbers. Jetzt werden die prunkvollen Exponate, mit 18 Stücken aus dem Nachlass eines Finders und wertvollen neuen Erkenntnissen ergänzt, in Augusta Raurica dem Publikum präsentiert.

So abenteuerlich die Entdeckung des Silberschatzes von Kaiseraugst anmutet, so unsicher waren die Zeiten, von denen er zeugt. Kaiser und Kriegsherr Konstantin stritt sich mit seinen Mitregenten erfolgreich um die Vorherrschaft im Römischen Reich. Nach seiner Belagerung von Byzanz, dem heutigen Istanbul, benannte er die Stadt 324 n.Chr. in Konstantinopel um und machte sie zur zweiten Hauptstadt im Reich, Konstantin war nun Alleinherr-

scher. Stabiler wurde die Lage dadurch aber nicht: Die Geschichte um seine Nachfolge erzählt von religiösen Auseinandersetzungen, ermordeten Thronanwärtern, grausamen und geizigen Feldherren, von militärischen Hinterhalten und auch von Angriffen der Germanen. So verwundert es nicht, dass zwei Militäroffiziere die Besitzer des Silberschatzes waren. In den Wirren des Krieges liessen sie die Wertgegenstände, in einer Holzkiste verpackt, im Kastell von Kaiseraugst vergraben.

Faszinierendes Handwerk

Die Kaiser zeigten sich gegenüber ihren Angestellten in der Regel grosszügig. Geschenke waren in der Spätantike ein wichtiges Mittel zur Stärkung von Freundschaften und zur Sicherung der Loyalität von Untergebenen. Für die Beschenkten waren die Gaben ein Symbol der kaiserlichen Gunst und unterstrichen die soziale Stellung des Besitzers. Benutzte man die Silbermünzen oder das reichornamentierte Tafelgeschirr als Zahlungsmittel, war das Gewicht des Silbers wichtiger als die heute faszinierenden kunsthandwerklichen Verzierungen. Für die archäologische Fachwelt ist es genau umgekehrt: Die auf den Platten, Schalen, Löffeln und Kerzenständern angebrachten Ornamente verraten zusätzlich zu den vielen Stempeln und Inschriften einiges über die Herkunft und die Geisteshaltung der damaligen Menschen. Die meisten Motive auf den Gegenständen des Schatzes sind heidnischen Ursprungs. Ausgebreitet wird ein Panorama der griechischen Mythologie. Reliefbilder auf einer Platte zeigen in verschiedenen Szenen die Jugend des Helden Achilles, wie er im Diskuswerfen unterrichtet wird oder den Königstöchtern auf der Leier vorspielt. Feinzisierte Efeuranken auf dem Kerzenständer spielen auf die Welt des Bacchus an und deuten auf seine Verwendung bei Banketten hin. Eine Statuette stellt Venus, die Göttin der Liebe und der Schönheit, dar. Für den



Mittelmedaillon der Achillesplatte. Der listige Odysseus (2. v.r.) überrascht den griechischen Helden Achilles (2. v.l.), der sich, als Mädchen verkleidet, vor dem Trojanischen Krieg drücken will.

Foto: Dieter Widmer, Basel

Kaiser und die Oberschicht waren diese traditionellen Motive Ausdruck von gehobener Bildung, sie vermittelten Tapferkeit, Schönheit und Glück.

Der Silberschatz von Kaiseraugst erinnert an eine Welt, die um vieles anders aussah, nur die Sehnsüchte sind dieselben geblieben: Die Villa am Meer, wie sie auf einem Medaillon zu sehen ist, versinnbildlicht noch heute ein glückliches, unbeschwertes Leben.

Sonderausstellung Silberschatz: bis Ende Januar 2005, Römerstadt Augusta Raurica, Augst, T 061 816 22 22, www.augustaurica.ch

Text mit freundlicher Genehmigung aus: Programmzeitung, Kultur im Raum Basel, Ausgabe Dezember 2003. Weitere Infos: www.programmzeitung.ch

Programmzeitung: Kultur im Raum Basel

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

Bestellen Sie ein Probeabo (3 Ausgaben für CHF 10) oder gleich ein Jahresabo (CHF 69) direkt bei:

Programmzeitung
Gerbergasse 30
Postfach 312, 4001 Basel
T 061 262 20 40, F 061 262 20 39
abo@programmzeitung.ch; www.programmzeitung.ch

Die Seite der GAMBA

TARMED – volkswirtschaftlicher Aufwand für die Ärzte grösser als für fünf Grippeepidemien!

Dr. med. P. Périat, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Riehen

Kaum begonnen, und schon kommen die Warnrufe. Seit x Jahren erfolgte keine Anpassung des Taxpunktwertes an die Teuerung trotz normal mit der Teuerung gestiegener Praxisunkosten. So etwas ist mit keiner anderen Berufsgruppe machbar! Ursprünglich als Besserbewertung der ärztlich-intellektuellen Tätigkeit konzipiert, wurde die Tarifstruktur durch nachträglich einwirkende andere Instanzen zweckentfremdet.

Ein Riesenaufwand an Arbeitszeit und Ressourcen mussten Ärzte und MPAs für die Vorbereitung und das Vertrautwerden mit TARMED aufbringen. Grösser und komplizierter wird der Aufwand zum Erstellen der Arztrechnungen. TARMED gleicht dem Aufsetzen eines neuen aufwendigen administrativen Hutes. Ähnliche Hüte erhielten vor Jahren die Spitex

und die Pflegeheime (RAI-RUG). Die Spitex war zuerst nicht mehr brauchbar, da sie sich nur noch mit Administration beschäftigte. Mittlerweile wurde sie qualitativ wieder recht, aber verursacht 50% höhere Kosten. Das Durchziehen von RAI-RUG in den Pflegeheimen kostet den Kanton Basel-Stadt jährlich 6 Millionen Franken. Mit dem Vorwand von Transparenz wird die Qualität schlechter, die Verwaltung besser. Mit mehr Aufwand in der Pflege wäre die Qualität verbesserbar, aber das kostet wieder mehr. Spitex und Pflegeheime hatten keine Vorschrift von Kostenneutralität!

Wir Hausärzte sind ja flexibel, wahrscheinlich das flexibelste Glied in der Kette der Gesundheitsversorgung, aber auch wir haben eine Reissgrenze. Anzeichen dafür sind die fehlende Attraktivität des Berufes, denn gut laufende Praxen finden keine Nachfolger, und es erfolgen immer weniger Facharztprüfungen in

Allgemeinmedizin, dafür mehr in den Spezialgebieten.

Fazit:

- TARMED ist ein aufwendiges Instrument zur Kostenkontrolle der ärztlichen Tätigkeit, ein administrativer Hut, der unserer bisherigen Tätigkeit zusätzlich aufgesetzt wird
- TARMED ist kein Instrument zur Besserstellung der mehr intellektuell tätigen Ärzte gegenüber den mehr technisch tätigen.
- TARMED ist längerfristig nicht mit Kostenneutralität durchsetzbar, sondern wird analog zu Spitex und Pflegeheimen zu einem deutlichen Teuerungsschub führen.
- TARMED macht die administrative Tätigkeit des Arztes grösser und wichtiger als bisher, was auf Kosten der betreuenden Tätigkeit geht. Denn: Administrative Arbeitszeit kostet Geld!

IVB-Patienten- und Krankentransporte – eine kostengünstige Alternative

Markus Schneiter,
Geschäftsführer IVB, Basel

Immer wieder müssen medizinisch stabile Patienten zu auswärtigen Untersuchungen, Konsiliarterminen und Therapien transportiert oder vom Akutspital in ein Pflegeheim oder eine Spezialklinik verlegt werden. Weil bisher ein passendes Angebot fehlte, wurden viele dieser Patienten, obwohl sie beispielsweise problemlos in einem Rollstuhl sitzend gefahren werden könnten, mit den für sie oft unangenehmen und insbesondere teuren Rettungsfahrzeugen der Sanitätsdienste transportiert. Das muss nicht sein! Als kostengünstige Alternative steht für einfache Patienten- und Krankentransporte (auch Liegendtransporte)

der effiziente, fachlich kompetente und kostengünstige IVB-Patiententransport während sieben Tagen pro Woche von 7.00 bis 19.00 Uhr zur Verfügung.

Mit über 45 Jahren Erfahrung im Behinderten- und Betagtentransportwesen hat die IVB dieses Transportangebot seit über drei Jahren auf- und kontinuierlich ausgebaut. Die eingesetzten IVB-Fahrerinnen und -Fahrer sind ausgebildete Rettungssanitäter, Rettungsassistenten und/oder Transporthelfer IVR, welche unter ärztlicher Aufsicht permanent aus- und weitergebildet werden. Die IVB-Fahrzeuge sind technisch den speziellen Bedürfnissen angepasst und sowohl für den Rollstuhltransport als auch für den Transport von Gehbehinderten eingerichtet. Für einfache Liegendtransporte

stehen zudem zwei Krankenwagen mit Ferno-Rollgestell und Vakuummatratze im Einsatz. Sie verfügen alle über Einrichtungen, die Sauerstoffgaben ermöglichen, einen 220-Volt-Anschluss für medizinische Geräte und Halterungen für Infusionen aller Art.

Die IVB legt grössten Wert auf «human touch» und Beziehungsdienstleistungen. Alle Patienten werden in ihrem Krankenzimmer bzw. zu Hause persönlich abgeholt und am Bestimmungsort direkt dem zuständigen Medizinalpersonal übergeben. Patientenunterlagen (Krankengeschichte, Röntgenbilder etc.) werden treuhänderisch mitgeführt und abgegeben. Bei Bedarf kann entsprechend delegiertes Pflegepersonal den Patienten kostenlos begleiten.



Es werden grundsätzlich nur medizinisch stabile Patienten, deren Transportfähigkeit vom zuständigen Arzt attestiert wird, transportiert. Die Transporte werden in der Regel von einem Rettungssanitäter oder Transporthelfer ausgeführt. Bei Bedarf kann ein zweiter Transporthelfer zur Überwachung des Patienten bestellt werden (Zusatzkosten). Der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt hat den Vertrag zwischen der IVB und Santésuisse per 1.1.2003 genehmigt. Der IVB Patiententransport ist

somit als KVG-Leistungserbringer anerkannt, und die Transportkosten können mit den Krankenkassen problemlos abgerechnet werden. Obwohl im Kanton Basel-Landschaft noch kein derartiger Vertrag besteht, können damit auch Transporte von in Baselland wohnhaften Patienten verrechnet werden.

Die Transporte können über die Gratisnummern **0800 889 998** (Telefon) und **0800 889 997** (Fax) während 24 Stunden bestellt werden.

Dieses volkswirtschaftlich – im Sinne reduzierter Kosten im Gesundheitswesen – interessante Angebot steht allen Kliniken, Rehabilitationszentren, Spitälern, Pflegeheimen und Ärzten in der ganzen Schweiz zur Verfügung.

Weitere Informationen und Auskünfte über die verrechneten Pauschalpreise erhalten Sie über die Telefonnummer 0800 889 998 (Fax 0800 889 997) oder bei IVB Patiententransporte, Schlossgasse 11, 4102 Binningen.



Impfen

Gutgemeinter Konsumentenschutz oder einseitige Kampagne gegen das Impfen?

*Dr. med. F. Rohrer,
Facharzt für Innere Medizin FMH, Lausen*

Seit gut drei Jahren gibt die von der sozialdemokratischen Berner Ständerätin Simonetta Sommaruga präsidierte Stiftung für Konsumentenschutz eine Informationsbroschüre «Impfen – Grundlagen für einen persönlichen Impfscheid» heraus. Dieses in ansprechendem Layout gestaltete, locker lesbare geschriebene Büchlein wird von vielen Eltern gelesen, liegt aber auch in vielen Wartezimmern auf. Autor ist Hans-Peter Studer, für den medizinischen Inhalt zeichnen aber die Ärzte Hansueli Albónico und Peter Klein, Mitglieder der «Schweizerischen Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen», verantwortlich. In der Weltwoche vom 31.12.2003 hat der Wissenschaftsjournalist Reto Kohler das Werk einer genaueren Überprüfung unterzogen und dabei viele fehlerhafte, die Leser zu falschen Schlüssen führende Informationen aufgedeckt. Läuft da eine einseitige Kampagne, die unter dem Motto «gutgemeinter Konsumentenschutz»

segelt, sich hinter dem Namen einer angesehenen Konsumentenschutz-Organisation versteckt, aber die Leser glauben machen will, Impfungen seien nicht nötig oder nur für diejenigen sinnvoll, die unbedingt geimpft sein möchten?

Im ersten Teil des Artikels zeigt Kohler auf, wie an verschiedenen Orten Literaturstellen z.T. renommierter Forscher falsch – oder eben im Sinne des Autors interpretiert – zitiert werden. Damit soll etwa belegt werden, dass durch Massenimpfungen zu sehr in das natürliche Gleichgewicht von Mensch und Natur eingegriffen werde und damit mit weiteren grossen Katastrophen wie der AIDS-Epidemie zu rechnen sei oder dass sich das Immunsystem in der Kindheit durch das Fehlen natürlicher Herausforderungen nicht harmonisch entwickeln könne, durch allzu viele Impfungen sogar verwirrt werde und im Erwachsenenalter Mühe bekünde, sich gegen Krebszellen zu wehren, im Falle von Allergierkrankungen übersensibel reagiere und sich in Form von Autoimmunerkrankungen gegen sich selbst wende. Weiter wird in der

Broschüre darauf hingewiesen, dass durch das Konservierungsmittel Thiomersal vor allem bei Säuglingen mit ihrem geringen Körpergewicht Quecksilberdosen im problematischen Bereich verabreicht werden könnten. Dabei sind aber alle im Routineimpfplan des BAG vorgesehenen Präparate seit mindestens drei Jahren thiomersalfrei. Auch im Bundesamt für Gesundheitswesen wurde man auf die einseitige, aber weitverbreitete Broschüre aufmerksam und hat diese durch einen externen Experten überprüfen lassen. Gemäss dem Weltwoche-Artikel sollen zur Zeit mit der Stiftung für Konsumentenschutz Verhandlungen über eine Revision der Broschüre stattfinden.

Kohler hat Ständerätin Simonetta Sommaruga, Stiftungspräsidentin der SKS, mit den Vorwürfen mangelnder Objektivität der Broschüre konfrontiert und zur Antwort erhalten, Ziel des Büchleins sei es, den Konsumenten aus einer differenziert-kritischen Sicht Entscheidungshilfen zur Verfügung zu stellen. Da viele Studien von der Pharmaindustrie mit-

finanziert würden, wolle die Stiftung Gegensteuer geben. Daher scheint es für die Auftraggeberin des Impfführers legitim, Experten anzuheuern, die als Impfkritiker allgemein bekannt sind. Immerhin werden laut Angaben der Weltwoche 18 Prozent des SKS-Budgets durch den Bund finanziert.

Ganz einfach wurde in der SKS-Broschüre vergessen zu erwähnen, dass das Impfen die weitaus erfolgreichste medizinische Technik ist. WHO-Experten schätzen, dass Impfungen weltweit jährlich drei Millionen Kindern das Leben retten. Viele der in den letzten Jahren geäusserten Verdachtsmomente für Impfkomplicationen konnten aufgrund grosser Studien widerlegt werden. Beispiele für solche Theorien sind die Vermutung, gegen Masern geimpfte Säuglinge würden später vermehrt an Autismus leiden, der vermutete Zusammenhang zwischen der Hepatitis-B-Impfung und Multipler Sklerose oder zwischen der Keuchhustenimpfung und dem Plötzlichen Kindstod. Die mit diesen Argumenten gesäte Verunsicherung führt bei vielen Eltern zu häufig zu einem Entscheid gegen die Durchführung einer Impfung. Damit ergeben sich immer noch zu tiefe Durchimp-

fungsraten und das wiederholte Auftreten kleinerer Epidemien, etwa von Keuchhusten oder Masern. Das BAG bezeichnet das Impfen weiterhin als vorrangiges Anliegen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge und weist darauf hin, dass die Impfung aller Kinder und Jugendlichen eine grosse Chance sei, die allzuoft fälschlicherweise als harmlos betrachteten, durch Impfungen aber verhütbaren Krankheiten zu bekämpfen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden verschiedene Informationsangebote aufgebaut, etwa mit der neu konzipierten Impfbroschüre, die zur Verteilung im Wartezimmer gratis beim BAG bezogen werden kann, der unten aufgeführten Website www.sichimpfen.ch oder der «Impfline» (Gratis-telefonnummer 0848 448 448), die durch Medgate betreut wird. Für Ärztinnen und Ärzte wurden die wichtigsten Fragen und Antworten in einem zusammen mit der Vereinigung der Kantonsärzte ausgearbeiteten, ebenfalls beim BAG kostenlos erhältlichen Argumentarium zusammengestellt.

Am vordringlichsten ist aber die sachgerechte Information der Eltern und der Kinder und Jugendlichen. Gerade durch das häufig schon seit längerem beste-

hende Vertrauensverhältnis sind Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Personal wie Elternberatungsschwestern oder Hebammen am besten in der Lage, sachgerecht die nötigen Informationen abzugeben, auf die geäusserten Bedenken der Eltern einzugehen und durch Beratung und Motivation den Schutz der Kinder und Jugendlichen vor verhütbaren Krankheiten zu verbessern. Entsprechend sieht das BAG die Ärzteschaft in einer Schlüsselfunktion im «Impfleben» eines Kindes.

Weitere Impfinformationen unter www.sichimpfen.ch oder www.bag.admin.ch, für Fachfragen infovac@medecine.unige.ch

Bestelladresse für BAG-Broschüren: BBL, 3003 Bern (Fax 031 325 50 58 oder verkauf.zivil@bbl.admin.ch)

Quelle: Kohler Reto, Einseitige Kampagne, Weltwoche 01/04 vom 31.12.2003 oder www.weltwoche.ch

LEI MAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapfarm@datacomm.ch

Alterspsychiatrie – eine Domäne für die Staatsmedizin? – Der Bericht zur Folgeplanung II des Psychatriekonzepts Basel-Landschaft im Landrat

Dr. med. R. Ott, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Biel-Benken

Der Landrat hat am 27. November 2003 den Bericht zur Folgeplanung II zum Psychatriekonzept Basel-Landschaft¹ beraten und diesen emotions- und konsequenzlos zustimmend zur Kenntnis genommen. Terminvorgaben sind im Bericht keine enthalten, was gemäss den Berichterstattem in der BaZ² und in der BZ³ wohl auch Grund für die fehlende Opposition gewesen sein dürfte. Als langjähriger Hausarzt, der für seine Alterspatienten regelmässig gerontopsychiatrische Beratungen und Konsilien von niedergelassenen Fachärzten einholt, bedaure ich es sehr, dass die Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission des Landrats nicht auf bestehende Ressourcen hinweist und der Ärztesellschaft oder der Psychiater-Fachgruppe keinen Auftrag zum Auffüllen der «globalen Versorgungslücken» erteilt, sondern die Lösung allein in einem neu einzurichtenden staatlichen «Alterspsychiatrischen Dienst», eingebettet in die Kantonalen Psychiatrischen Dienste (KPD), sieht. Dieser Dienst ist gemäss Bericht «als Dienstleistung für die Betagten und deren Angehörige gedacht» und nicht etwa als Koordinationsstelle zwischen den Ärzten an der Front und den Spezialisten in der Praxis, in den Externen Psychiatrischen Diensten und der Psychiatrischen Klinik.

Im Rahmen der Berichterstattung über die fundierte Arbeit der Planungsgruppe unter Dr. Theo Cahn, Chefarzt der Kant. Psychiatrischen Klinik in Liestal, hat dessen Assistent, der Psychologe Dr. Niklaus Baer, die Defizite im Bereich der Alterspsychiatrie in unserem Kanton mit Sicht auf die Grundversorger und die niedergelassenen Psychiater provozierend formuliert:

- «Die Hausärzte sind oft nicht genug psychiatrisch geschult, um adäquat handeln zu können.»
- «Nur ein verschwindend kleiner Anteil der Betroffenen wird regelmässig von einem Psychiater behandelt, und wenn überhaupt, dann nur in akuten Krisen.»
- «Die Privatpsychiater interessieren sich generell nicht für die Alterspsychiatrie.»⁴

Auch die Bemerkung im Bericht, dass der Grossteil der Alters- und Pflegeheime «über keine regelmässige Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Fachperson verfügt», erweckt den Eindruck, dass wir Haus- und Heimärzte nicht Hand bieten würden, die notwendigen Kontakte zu den entsprechenden Fachpersonen herzustellen. Angebote haben wir immer wieder unterbreitet. Es scheiterte aber jeweils an der Konkretisierung der angemeldeten Wünsche, häufig auch an der Kostenübernahme durch die Heime. Wenn wir berücksichtigen, dass die Psychiater-Fachgruppe in Baselland mit 65 Fachärztinnen und Fachärzten (Ende 2002) nach den Allgemeinpraktikern (126) und den Internisten (114) die drittgrösste Fachgruppe darstellt, wäre es bedenklich, wenn nicht ein Grossteil der ausgemachten Versorgungslücken geschlossen werden könnte. Selbstverständlich muss von den Haus- und Heimärzten und den Psychiatern in der Praxis ein Effort für gezielte Fortbildung gefordert werden.

Für mich ist es äusserst fraglich, ob der als dringlich geforderte Alterspsychiatrische Dienst überhaupt in der Lage wäre, dieses Manko, sollte es wirklich so gravierend sein, aufzufüllen. Die personelle Dotierung, um diese Aufgabe wirklich vor Ort erfüllen zu können, müsste unermesslich sein. Ohne die enge Zusammen-

arbeit mit den Haus- und Heimärzten könnte eine kontinuierliche persönliche Betreuung der psychiatrischen Patienten zu Hause und in den Heimen keineswegs sichergestellt werden. In einem solchen Dienst müsste ausserdem mit einer erheblichen personellen Fluktuation gerechnet werden. Er wäre zwangsläufig sehr klinikbezogen und würde sich zu wenig an hausarztmedizinischen Prämissen orientieren.

Den Landrätinnen und den Landräten und der Sanitätsdirektion möchte ich zu bedenken geben, dass dringend Handlungsbedarf besteht für die Alterspsychiatrie, insbesondere für die sich rasch entwickelnde Zahl der Demenzkranken. Doch die Behandlung der Demenzen in ihrer häuslichen Umgebung oder im Heim ist nicht primär eine psychiatrische Aufgabe, sondern eine betreuende und pflegerische. Überall im Kanton werden Alters- und Pflegeheime renoviert und erweitert. Es muss jetzt schon sichergestellt werden, dass in Zukunft eine ausreichende Anzahl fachlich kompetenter Pflegepersonen und die finanziellen Mittel zu deren adäquater Entlohnung zur Verfügung stehen. Der Engpass liegt nicht bei der spezialärztlichen Diagnostik und Behandlung. Dennoch ist zu hoffen, dass durch den neuen eidgenössischen Ärztetarif TARMED für Psychiaterinnen und Psychiater vermehrt der Anreiz geschaffen wird, sich in der Alterspsychiatrie zu engagieren.

1 Bericht Nr. 2003-176 der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission an den Landrat vom 12. November 2003 (www.bl.ch → Landrat → Geschäfte)

2 BaZ vom 28. November 2003: «Konzept ohne Fahrplan»

3 BZ vom 28. November 2003: «Folgeplanung ohne Termine»

4 Baz vom 13. Juni 2003: «Wenn Senioren leiden»

Mehr Untergewicht oder Übergewicht bei Jugendlichen – was stimmt?

Dr. med. Thomas Steffen, Gesundheitsdienste Basel-Stadt, Schulärztlicher Dienst, und Dr. med. Dominik Schorr, Kantonsärztlicher Dienst Basel-Landschaft

In den Medien ist kürzlich aufgrund einer Pressemitteilung des Bundesamtes für Statistik von 44% untergewichtigen Mädchen und Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren berichtet worden. Grundlage dieser Aussage, die stark mit den Warnungen vor zunehmendem Übergewicht bei Jugendlichen kontrastiert, waren die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002.

Liest man den Originaltext, so wird schnell klar, was falsch gelaufen ist: Das Bundesamt für Statistik hatte einen Body-Mass-Index (BMI) von 20 als Grenze zum Untergewicht bei Erwachsenen angesetzt und diesen unbesehen auch für Jugendliche übernommen. Hätten die Autoren eine der üblichen Wachstumskurven konsultiert, so wäre ihnen rasch klargeworden, dass das «Weight for Age» und der BMI bei Jugendlichen viel tiefer liegen als bei Erwachsenen. Die abgebildete Perzentilen-Darstellung mit britischen Werten zeigt deutlich, dass mit 15 Jahren bei Mädchen ein BMI von 20 ziemlich genau der 50sten Perzentile, also dem mittleren Gewicht entspricht. Knaben sind in diesem Alter noch geringfügig leichter.

Um einen für Jugendliche geeigneten Grenzwert zu ermitteln, kann vom entsprechenden Wert im Alter von 18 Jahren entlang den Perzentilen zurückextrapoliert werden. Die Abbildung enthält solche zusätzlichen Kurven, entsprechend BMI = 30 für Obesität, BMI = 25 als Grenze zu Übergewicht und BMI = 17 (blau) als mögliche Grenze zu Untergewicht. Einen

BMI von 20 oder tiefer weisen im Alter von 18 mehr als ein Viertel aller Männer und Frauen auf. Der Wert von 17, der auf oder unter der 2ten Perzentile liegt, stellt einen besseren «Alarmwert» dar.

Die gesundheitlichen Konsequenzen beim Überschreiten einer der beiden ersten Grenzen sind durch die medizinische Literatur hinreichend belegt, um sie für eine Beurteilung zu verwenden. Beim Untergewicht ist dies problematischer. Einer einmaligen Messung vorzuziehen sind mehrfache Messungen, die einen Perzentilensprung erkennen lassen. In jedem Fall sind klinische Aspekte bei der Beurteilung von jugendlichem Untergewicht mit zu berücksichtigen.

Das Beispiel zeigt, dass bei der unkritischen Übermittlung von epidemiologischen Daten Falschaussagen entstehen können, die in der Bevölkerung zu Verun-

sicherung führen. Sie können wichtige Präventionsbotschaften («immer mehr übergewichtige Jugendliche») untergraben. Die jüngst vom Schulärztlichen Dienst Basel-Stadt veröffentlichten Zahlen zum Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zeigen hier einen klaren zusätzlichen Interventionsbedarf, der nicht übersehen werden darf. So sind beispielsweise auf Höhe der 9. Schulklasse 22% der baselstädtischen Kinder übergewichtig. Vor 25 Jahren waren es erst 9%. Im klinischen Alltag sollte daher Jugendlichen oder ihren Eltern ein BMI-Wert immer mit dem entsprechenden Kommentar weitergegeben werden, denn Kenntnis der Veränderungen in der Jugend darf nicht vorausgesetzt werden. Am einfachsten geht dies mit einer Wachstumskurve.

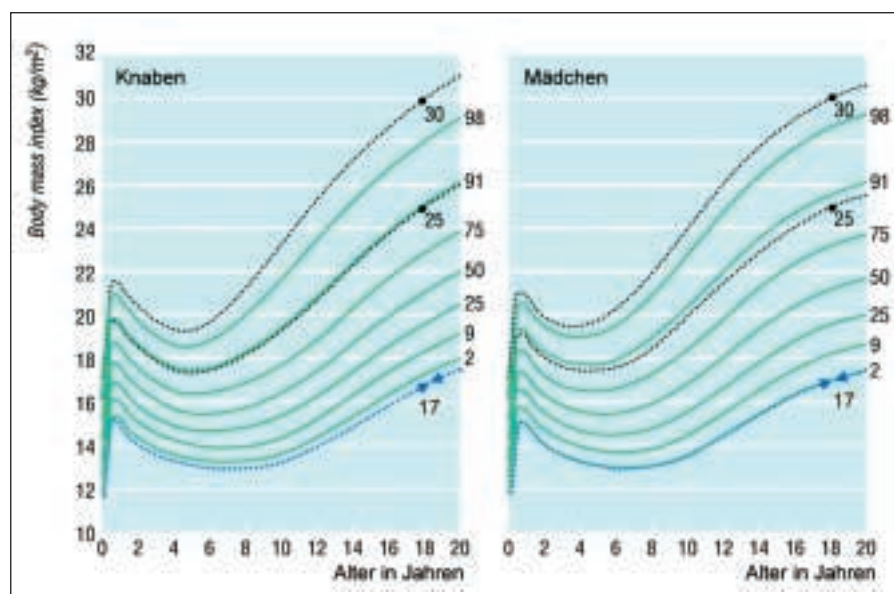


Abb. 1: Wachstumskurven (GB) mit zusätzlichen Linien für BMI-Werte, die im Alter von 18 Jahren den Werten 17, 25 und 30 entsprechen. Nach Cole TJ, 2000.

Aus dem Vorstand BL

Dispensation vom Notfalldienst und der Ersatzabgabe

Der Arbeitsausschuss sieht sich in letzter Zeit einem nicht unerheblichen Zeitaufwand zur Bearbeitung von Dispensationsgesuchen gegenüber. Auch sind einige Gesuche um Reduktion der Notfalldienst-Ersatzabgabe, die gemäss Beschluss der Generalversammlung seit Januar 2002 geschuldet wird, eingegangen. Wegen der Einführung der neuen Administrationssoftware erfolgte die Rechnungsstellung für die Ersatzabgabe verspätet, wofür wir um Entschuldigung bitten. Der Arbeitsausschuss achtet bei den Dispensationsentscheiden unter strenger Berücksichtigung der Reglemente vor allem auf die Qualität dieser für unsere Bevölkerung und unser öffentliches Ansehen sehr wichtigen ärztlichen Leistung.

Tarmed

Die Einführung des neuen Tarifsystems Tarmed im KVG-Bereich bringt naturgemäss gewisse Unsicherheiten mit sich. Noch sind einige Fragen ungeklärt und Details zu regeln. Die Ärztesgesellschaft Baselland und die FMH werden bei Bedarf informieren. Bitte lesen Sie dazu die Synapse, allfällige Beilagen, unsere Website www.aerzte-bl.ch und die Schweizerische Ärztezeitung. Die FMH wird im Februar eine taxpflichtige Hotline einrichten. Auch Ihre Fachgruppe hat einen Tarmed-Verantwortlichen, dessen Namen Sie bei Ihrem Obmann erfahren können. Der Start-Taxpunktwert für ambulante Leistungen der dem Vertrag angeschlossenen Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland beträgt **97 Rappen** – notabene neben Zürich (97) und Genf (98) der zweithöchste in der Schweiz.

Trustcenter syndata

Dank der Trustcenter, die in der ganzen Schweiz entstanden sind, können Abweichungen des Rechnungsvolumens sehr rasch und genau erfasst werden. Voraussetzung ist allerdings, dass sich möglichst viele von uns anschliessen. Besonders wichtig und hilfreich wird die Beurteilung des eigenen Praxisumsatzes sein, den Sie mit dem sogenannten Praxispiegel bei syndata täglich abrufen können. Sie sehen sofort, ob Sie im Vergleich mit Ihrer Fachgruppe «im Rahmen» sind. Es ist nicht zu spät. Melden Sie

sich bei der syndata AG, Hauptstrasse 56, 4132 Muttens, www.syndata.ch. Es lohnt sich. Für Sie und uns alle.

Ausblick 2004: KVG-Revision

Der Entscheid der Ärztekammer für ein Referendum gegen die zweite KVG-Revision hat nicht wenig zur Verwerfung der Vorlage im Parlament beigetragen. Die angeführten Argumente mögen parteipolitisch motiviert sein. Sicher wollte sich aber der Rat nicht der Blamage eines angenommenen Referendums aussetzen und hat vorher die Notbremse gezogen. Die Arbeit geht uns allerdings dennoch nicht aus. Die FMH, d.h. wir, sind nun erst recht gefordert, unsere Vorstellung eines «guten» Gesundheitswesens in die Diskussion einzubringen.

Versorgungsplanung BL

Die Ärztesgesellschaft Baselland wurde verdankenswerterweise von der Regierung eingeladen, an einem Workshop über die Spitalplanung teilzunehmen. Der Vorstand wird sich auch in Zukunft bemühen, sein Fachwissen einzubringen und die im Bericht der Regierung genannten «Schnittstellen» zum ambulanten Bereich mit den Spitalplanern zusammen zu bearbeiten. Vergessen wir nicht, dass wir zur Zeit immer noch unter dem «Regime» des Zulassungsstopps stehen. Mit andern Worten ist die Regierung auch Entscheidungsträgerin für die Versorgung im ambulanten Bereich. Nachdem nun die KVG-Revision II vorerst vom Tisch ist, werden nach Ablauf des Zulassungsstopps im Sommer 2005 neue Massnahmen zur Steuerung der Zahl der Leistungserbringer zu erwarten sein. Hier ist unsere Mitarbeit unerlässlich –

Inserat

Praxisverlegung

Wegen aufwendiger Sanierungsarbeiten (Fassadenrenovierung und Asbest-Entfernung) bin ich gezwungen, **meine Praxis am Picassoplatz 8, 4052 Basel, zu verlegen. Ab 1. März 2004 werde ich meine Spezialarztpraxis für Endokrinologie und Diabetes im Ärztehaus des Bethesda Spitals, Gellertstr. 142, 4052 Basel, weiterführen.** Konsilien und Behandlungen von PatientInnen mit endokrinologischen bzw. diabetologischen Problemen können unverändert und ohne zeitlichen Unterbruch unter der gleichen Telefonnummer wie bisher angemeldet werden: 061 272 99 01; Fax: 061 272 99 08. Die Sprechstundenzeiten bleiben ebenfalls unverändert: 8.30 bis 18.30 Uhr täglich. Telefonische Sprechstunde: 7.30 bis 8.30 Uhr täglich. Die Praxis kann mit dem Bus alle 15 Minuten täglich von 6.37 bis 19.22 Uhr ab Aeschenplatz erreicht werden. Ausserdem steht der Parkplatz des Bethesda Spitals zur Verfügung.

A.S. Ryff-de Lèche, Fachärztin FMH für Innere Medizin
Speziell Endokrinologie und Diabetologie

gerade weil im Gegensatz zu früheren Befürchtungen die Ärztezahll wohl mittelfristig nicht steigt, sondern eher sinkt. Es ist bekanntlich schwierig geworden, auch gutgehende Landpraxen weiterzugeben. Daneben ist ein deutlicher Trend zu Gruppenpraxen und Ärztehäusern zu verzeichnen, was in Zukunft auf die Art der ambulanten Versorgung einen erheblichen Einfluss haben wird.

Selbstdispensation (SD)

Der Vorstand setzt sich bei jeder sich stellenden Gelegenheit für den Erhalt dieser dem KVG entsprechenden Dienstleistung unserer Mitglieder ein. Nachdem im Kanton Zürich die Bevölkerung beinahe mit Zweidrittelmehrheit für die Medikamentenabgabe durch die Ärzte gestimmt hat, haben auch wir im Kanton Baselland «bessere Karten». Bei dieser Gelegenheit sei der Ärzteschaft des Kantons Zürich für ihren hervorragenden und kompetenten Einsatz, der allen «SD-Kantonen» zugute kommt, bestens gedankt!

Qualität

Wir werden uns in Zukunft vermehrt dem Qualitätsaspekt unserer Arbeit widmen müssen. Der VEDAG hat daher eine Arbeitsgruppe gebildet, in welcher unser Ressortleiter Dr. Claude Roche mitarbeitet. Es geht nicht nur um Ringversuche und Röntgenprüfungen, sondern um die «Essenz» unserer Arbeit. Es darf vor allem nicht geschehen, dass uns von aussen «Qualität» vorgeschrieben wird. Wenn wir von Qualität im medizinischen Sinn reden, ist nämlich die ärztliche Tätigkeit gemeint. Deren Inhalte und Qualität können und müssen wir selber bestimmen – wer denn sonst? Ob Sie eine Kaffeemaschine im Wartezimmer oder Parkplätze vor dem Haus haben, hat nichts mit Qualität zu tun, sondern mit Dienstleistung. Darauf kann allenfalls verzichtet werden, nicht aber auf die medizinische Qualität.

Aus dem Vorstand BS

Vorbesprechung mit Finanzprüfungskommission

Mit der Finanzprüfungskommission wird das Budget 2004 der MedGes sowie der MNZ besprochen. Den Mitgliedern wird ein ausgeglichenes Budget vorgelegt werden können. Als einmalige Investition ist eine neue, mit der FMH kompatible Datenbank geplant, diese soll den administrativen Aufwand im Sekretariat wesentlich vereinfachen. Des Weiteren ist im Budget die Unterstützung der MedGes durch die NewIndex während der Kostenneutralitätsphase berücksichtigt. Diese Kosten werden durch bestehende Mittel finanziert werden können. Die Rechnung 2003 wird noch nicht verabschiedet, da sie erst kurzfristig vorgelegen hat, dasselbe gilt für das Budget und die Rechnung der MNZ.

Die Finanzprüfungskommission nimmt Stellung zur MNZ-Analyse. Diese soll den Mitgliedern an der Versammlung vom März 2004 vorgelegt werden. Konsequenz dieser Analyse ist, dass für die Organe der Gesellschaft ein Finanzreglement (in Anlehnung an jenes der FMH) erstellt werden soll. Der Vorstand begrüsst ein solches Reglement, ausserdem wünscht er sich, durch die Basis mehr Unterstützung zu erhalten. Es sei wichtig, dass die Mitglieder vermehrt eingebunden würden.

Tarmed

Die Einführung von Tarmed im KVG-Bereich war für viele Mitglieder mit grossen

Fragezeichen verbunden. Die FMH hat beschlossen, eine Hotline einzurichten, mit welcher Tarmed-spezifische Fragen gestellt werden können. Die Nummer wird in der SÄZ publiziert. Der MedGes-Vorstand hat eine Kommission Kostenneutralität gebildet, welcher die Einführungsphase kontrollieren wird. Der Starttaxpunktwert in Basel-Stadt beträgt **93 Rappen**, dieser Taxpunktwert kann jedoch monatlich angepasst werden. Die praktizierenden Mitglieder werden mit einem separaten Infoschreiben über diese Phase orientiert.

Notfalldienst

In einer neuen Verordnung hat das Sanitätsdepartement die Verpflichtung aller Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit zur Leistung des allgemeinen Notfalldienstes festgesetzt. Der Auftrag für die Organisation des Notfalldienstes wurde der MedGes übertragen, somit sind auch Nichtmitglieder der MedGes verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. Für die Vereinfachung der Notfalldiensterteilung wird die Einführung einer Software (Dokbox) geprüft. Diese soll ermöglichen, dass die Einteilung transparenter geführt werden kann, dies v.a. durch das Führen von Statistiken.

Die Notfalltrainings für entsprechend eingeteilte Praxisärzte erfreuen sich grosser Beliebtheit. Anlässlich eines der letzten Trainings wurden Fernsehaufnahmen für die Sendung «Puls» gemacht (Ausstrahlung am 26. Januar 2004). Im

Jahr 2004 werden sechs weitere Notfalltrainings angeboten. Für Mitglieder, die **allgemeinen** Notfalldienst leisten, ist dieses Training kostenlos (Kostenübernahme durch den DEA-Fonds), andere Mitglieder zahlen einen Betrag von Fr. 600.–.

Mitgliederversammlung

Die Mitgliederversammlung findet am 25. März 2004 statt. Die Mitglieder werden neben den ordentlichen Geschäften auch über die Einführungsphase von Tarmed wie auch über andere Themen informiert. Es ist wichtig, dass die Mitglieder zahlreich an dieser Versammlung teilnehmen, reservieren Sie sich also das Datum vor.

Sekretariat

Das MedGes-Sekretariat sowie die MNZ sind nun an die Marktgasse 5 gezogen. Es konnten schon erste Sitzungen in den neuen Räumlichkeiten abgehalten werden. Auf Initiative unseres Präsidenten erfolgte dieser Umzug, ohne das Budget zu belasten, alleine mit der Muskelkraft mehrerer Vorstandsmitglieder (vgl. Fotos). An dieser Stelle sei diesen herzlich gedankt. Am 12. Februar ab 18 Uhr wird ein Eröffnungsapéro in den neuen Räumlichkeiten stattfinden, es werden dafür separate Einladungen versendet.

Fortbildung

Die Fortbildungskommission der MedGes wird am 6.5.2004 erstmals einen ganzen Fortbildungsnachmittag zum Thema «Unaussprechlich-unausgesprochen: Wie spreche ich mit meinem Patienten» organisieren mit Vergabe von Credit-Points. Im Anschluss an die Fortbildung wird ein gemeinsames Abendessen im Holsteinerhof stattfinden.

Wir sind umgezogen!

Das Sekretariat der Medizinischen Gesellschaft Basel hat Mitte Dezember seine neuen Räumlichkeiten an der Marktgasse 5 bezogen. Es sei den MedGes-Vorstandsmitgliedern für ihre tatkräftige Unterstützung bei den Zügelarbeiten gedankt.

Am 12. Februar findet für die MedGes-Mitglieder ein Eröffnungsapéro in den neuen Räumlichkeiten statt, bitte reservieren Sie sich das Datum!



Dr. med. Markus Redlich,
Vorstandsmitglied



J. Langloh (neue GF), D. Cueni (Architekt), F. Eymann
(Präsident), P. Gallacchi (Vorstandsmitglied)



Zügelgruppe

Die 12. MedIndoors, die Fortsetzung einer Erfolgsgeschichte

*Dres. med. Urs Marti und Walter Seelig,
Basel und Münchenstein*

Der 15. November 2003 war der Tag, als Roger Federer in Houston/Texas seinen Halbfinal an der ATP-Weltmeisterschaft gewann. Es war auch der Tag, als in Allschwil BL die tennisbegeisterten Kolleginnen und Kollegen der AeGBL und der MedGes BS sich zu ihrem jährlichen Turnier trafen. Es wurde nach dem bewährten Modus Doppel gespielt, und zwar nach Aussagen kompetenter, langjähriger Beobachter der Szene auf beachtlichem Niveau.

Den Final gewannen Werner Schneider und Roland Keller gegen Damien Toia und Christian Loeliger. Der Initiator, Promoter und begabte Organisator des Turniers,

Ruedi Ott, wurde für seine herausragenden Verdienste besonders geehrt. Der Firma Roche Pharma (Schweiz) und deren

Mitarbeitern Fritz Merk und Daniel Eberle möchten wir an dieser Stelle für ihr Engagement nochmals herzlich danken.



Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

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

Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender:

**Veranstaltungen bitte mit Angabe von
Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und
Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden.
Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
25.02.2004**



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

Biomed AG

Assalix