

# Synapse

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

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



Leitartikel

## Basel und die hochspezialisierte Medizin

Prof. Dr. med. André P. Perruchoud,  
Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Basel

Die Spitzenmedizin macht Schlagzeilen, leider nicht unbedingt positive! Gesunde Leute haben den Eindruck, dass die verschiedenen Universitätsspitäler eine schwerste Profilneurose entwickeln, Patientinnen und Patienten machen sich echte Sorgen. Wer wird mich betreuen? Wo werde ich für meine Behandlung hingehen müssen?

### Was ist hochspezialisierte Medizin?

Hochspezialisierte Medizin ist für Politikerinnen und Politiker schwierig zu definieren, dies ist auch für uns Medizinerinnen und Mediziner der Fall. Lebertransplantation, Schwerstverbrennungen und Kinderherzchirurgie gehören unbestritten dazu. Das zeigt unmissverständlich, dass Know-how, Innovation und Volumen eine Rolle spielen.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

• Versicherungsmodelle mit Kopfpauschalen	6
• Academy of Swiss Insurance Medicine eröffnet	10
• Überlegungen zum Bildschirmarbeitsplatz	12
• Gründungsfeier des Institutes für Hausarztmedizin Basel	14
• Erweiterte Röntgenkompetenz der MPA	16
• Basler Muskel-Colloquium «Myopathien in der Praxis»	18
• 14. Tennisturnier Med Indoors	19
• Ausstellung Werner Lutz	20
• Neue Dienstleistung für Ärzte und Spitäler	21
• Aus dem Vorstand BS	22
• Aus dem Vorstand BL	23

Editorial

### Spitalplanung – endlich mit gemeinsamer Strategie

Dr. med. F. Rohrer, Chefredaktor, Lausen

Am 23. September 2005 wurde von den Sanitätsdirektoren Conti und Straumann der lange erwartete Bericht zur gemeinsamen Spitalplanung beider Basel vorgestellt. Die Unstimmigkeiten zwischen beiden Regierungen scheinen überwunden zu sein. Aufgrund einer detaillierten Auslegeordnung des Gesundheitswesens in unserer Region kommt der Bericht zu klaren Schlussfolgerungen: Das Universitätsspital Basel wird von beiden Regierungen als Zentralspital und damit als zuständig für die hochspezialisierte Medizin in der Region bezeichnet. Dies ist ein wichtiges Signal im eidgenössischen Verteilungskampf auf diesem Gebiet, unterstützt die Stellung der Medizinischen Fakultät Basel und generell auch des Forschungsstand-

ortes Basel. Damit ist auch die Zukunft des Kantonsspitals Bruderholz als Spital für die erweiterte Grundversorgung im Unterbaselbiet gesichert, auch wenn aus verkehrs- und bautechnischen Gründen ein Umzug an einen anderen Standort favorisiert wird. Der Neubau für das Felix Platter-Spital ist ebenfalls auf gutem Weg. Allerdings äussert sich der Bericht nicht konkret zur Frage, welche Leistungen in Zukunft dort angeboten werden und in welchem Ausmass die Zusammenarbeit mit den Kantonsspitalern der Landschaft – etwa bezüglich der stationären rheumatologischen und geriatrischen Rehabilitationsbehandlungen – vorgesehen ist. Die gemeinsame Spitalliste, die nun auch die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und Rehabilitation umfassen soll, darf nur eine Zwischentappe sein, um den Patienten beider Basel schliesslich die Wahlfreiheit unter sämtlichen – soweit versicherungstechnisch möglich auch privaten – stationären Leistungserbringern in der Region zu

ermöglichen. Von den Versicherern und den Verwaltungen dürfen innovative Finanzierungsmodelle, die eine unbürokratische kantonsübergreifende Patientenversorgung erst ermöglichen, erwartet werden. Der weitere Ausbau der Zusammenarbeit mit den umliegenden Regionen im Dreiländereck und eine Vertiefung der Kooperation mit der Berner Medizinischen Fakultät können nun vorangetrieben werden. In den von der Planung betroffenen Kliniken werden die durch die wiederholte Verlängerung der Planungsdauer entstandenen Verunsicherungen verschwinden. Deren Personal kann nun mit positiven Zukunftsaussichten weiterarbeiten. Die Parlamente und letztlich auch die Stimmbürger beider Basel stehen jetzt in der Verantwortung, die konkrete Umsetzung der Vorschläge an die Hand zu nehmen und die nötigen rechtlichen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen.



Die koronare Stentimplantation dagegen gehört zur Zentrumsmedizin, nicht zur Spitzenmedizin. Dieses Beispiel zeigt die Dynamik solcher Prozesse: vor Jahren eine Spitzenleistung, heute eine wichtige Leistung, aber eine Routineleistung eines jeden Zentrumsospitals.

### **Ist Zürich für die Spitzenmedizin der Deutschschweiz gerüstet?**

«Zürich lässt die Muskeln spielen», hiess es in der Presse. Später kam der unverfrorene Anspruch dazu, die Spitzenmedizin solle für die ganze Deutschschweiz in Zürich konzentriert werden. Diese Forderung wäre mit Muskeln vielleicht zu erreichen, nicht mit Hirnzellen und auch nicht mit Zürcher Franken.

In Zürich arbeiten international anerkannte Professorinnen und Professoren. Auf dem Gebiet der Transplantation würde es keinem von uns in den Sinn kommen, die Stärke der Zürcher Lebertransplantation (Prof. Clavien) und der Zürcher Lungentransplantation (Prof. Weder) in Frage zu stellen. Es gibt auch Gebiete, wo die Professorinnen und Professoren des Universitätsspitals Zürich nicht Weltklasse sind, ja sogar im Schweizer Ranking hinter anderen Universitäten liegen. Dies ist keine Schande, sondern eine für fast alle Universitätsspitäler der Welt anerkannte und bekannte Tatsache!

Zu diesen fachlichen und wissenschaftlichen Überlegungen kommen noch andere dazu. Die Aufnahme dieser zahlreichen Patientinnen und Patienten mit verschiedenen, schwersten Krankheiten würde einen massiven Ausbau der Infrastruktur und eine enorme Aufstockung des Personals bedeuten. Die jetzigen Strukturen wären vollkommen ungeeignet, der Ausbau und Unterhalt solcher neuer Strukturen kann der Kanton Zürich allein nicht auffangen. Es ist nämlich nicht zu erwarten, dass die anderen Universitätskantone wesentliche Finanzen beisteuern würden, da sie ihre eigene Infrastruktur schon wegen der Zentrumsmedizin kaum abbauen könnten.

### **Wie sieht der Bund die zukünftige universitäre Medizinlandschaft?**

Nachdem die Interkantonale Vereinbarung über die Koordination und Konzentration der hochspezialisierten Medizin (IVKKM) am Zürcher «Njet» gescheitert ist, wird möglicherweise der Bund die Weichen stellen müssen.

Die Arbeitsgruppe um Staatssekretär Kleiber hat zuhauenden von Bundesrat Couchepin und den Erziehungs- und



Gesundheitsdirektoren der fünf Kantone mit Medizinischen Fakultäten ein Zukunftskonzept erarbeitet, welches auf eine breite Akzeptanz gestossen ist. Es soll auch in Zukunft fünf Medizinische Fakultäten geben: gleichwertig, aber nicht identisch. Jede soll sich ein besonderes Profil in der Dienstleistung, in der Lehre und in der Forschung erarbeiten.

#### **• Dienstleistung**

Dies soll durch Koordination und Konzentration der Spitzenmedizin erfolgen. Fachlicher Konkurrenzkampf und nicht eine grössere Einwohnerzahl, noch weniger Sprachgrenzen, sollen entscheidend sein. Centres d'excellence sollen gebildet und national unterstützt werden.

#### **• Lehre**

Die Bologna-Reform (Bachelor-, Masterstudiengänge) wird auch in der Medizin eingeführt. Sie stellt eine willkommene Basis zur Profilierung der verschiedenen Standorte dar. Spezielle Masterstudiengänge werden und sollen nur an einer Universität angeboten werden.

#### **• Forschung**

Auf diesem Gebiet haben die Forscherinnen und Forscher schon lange gezeigt, dass Netzwerke den Weg zum Erfolg darstellen. Informatik und moderne Medien haben die Landes- und Kontinentsgrenzen schon lange gesprengt, bei den Kantonsgrenzen wird es offensichtlich noch eine Weile dauern.

Dieses Bild einer universitären Medizin passt sicher viel besser in unser politi-

sches und kulturelles Umfeld. Es wird darüber hinaus durch die Ablehnung von Monopolen und den Aufbau von Netzwerken dem Leistungsauftrag in Lehre und Forschung, erst recht in der Dienstleistung gerechter.

### **Ist der Standort Basel gefährdet?**

Nein, sofern sich Basel behauptet, sich auf seine Stärken konzentriert und diese konsequent ausbaut. Im Konzept von Staatssekretär Kleiber findet die hiesige Fakultät bestens ihren Platz.

In der Dienstleistung können wir in manchen Gebieten nicht nur national, sondern international ausgezeichnet mithalten. Um auf dem so aktuellen Gebiet der Transplantation zu bleiben, können die Transplantationsimmunologie, die Knochenmarkstransplantation und die Stammzellforschung erwähnt werden. Auf diesen Gebieten wurde in Basel Pionierarbeit geleistet, die fachliche und wissenschaftliche Kompetenz über die Jahre ausgebaut und auf einem Höchstniveau gehalten.

In der Lehre sind die Vorarbeiten zur Einführung von Bologna gut vorangeschritten. 2006 starten die ersten Bachelorstudiengänge. Gewisse Masterstudiengänge sind in Basel wohl ein «Must»: «pharmaceutical medicine, biomedical sciences und public health». Innovativ zeigte sich die Fakultät auch durch die Gründung des ersten universitären Instituts für Hausarztmedizin. Das ist nicht sehr erstaunlich, wenn man den grossen Effort der praktizierenden Kolleginnen

und Kollegen in Baselland und Basel-Stadt in den Einzeltutoriaten kennt. Das Basler Institut für Pflegewissenschaften ist auch einzigartig in der Schweiz. Diese beiden Beispiele zeigen, wie die Basler Fakultät sich den zukünftigen Anforderungen unseres Gesundheitswesens stellt.

Die Medizinische Fakultät hat schon vor der Portfolioanalyse des Universitätsrates ihre Forschungsschwerpunkte bestimmt: «Neuroscience, Immunology, Oncology, Cell plasticity and tissue repair». Später ist noch der klinische Schwerpunkt «clinical morphology and biomedical engineering» dazugekommen. Diese Schwerpunkte bauen auf vorhandene Expertise und stimmen grösstenteils mit den Unternehmungsschwerpunkten des Universitätsspitals überein. Solche Synergien sind an einer kleineren Fakultät wie der unseren zu nutzen. «Bench to bedside and vice versa» ist in unseren Köpfen grossgeschrieben, und auch unsere Beine können es mit Leichtigkeit schaffen.

### **Ist Basel auf sich allein angewiesen?**

Das wäre definitiv schlecht, sogar sehr schlecht! Glücklicherweise haben sich die Kantonsregierungen von Baselland und Basel-Stadt für ihre gemeinsame Universität und ihre Medizinische Fakultät entschieden. Dieser innere Halt und Support ist der beste Garant für die Zukunft der Medizinischen Fakultät. Der Wirtschaftsstandort «Basel» mit der Pharmaindustrie, der Medizinaltechnik und den zahlreichen kleinen und mittelgrossen Unternehmen ist für eine auf translationelle Wissenschaft orientierte Fakultät absolut entscheidend.

Auf nationaler Ebene können wir mit Bern, Lausanne und Genf rechnen. Die vier «Nichtzürcher» Universitätskantone haben vor kurzem in Bern ihre Position gemeinsam und unmissverständlich bekanntgegeben: Sie machen sich für Netzwerke stark und lehnen die Zweistandortpolitik ab. Ferner arbeiten Rektorate und Dekanate von Bern und Basel im Auftrag der beiden Kantonsregierungen an

gemeinsamen Projekten, welche beide Standorte besser positionieren sollen.

Sollte schlussendlich der Bund die Sache an die Hand nehmen, wäre dies wahrscheinlich für keinen der Universitätskantone von Vorteil. Die Kantone würden vieles von ihrer Autonomie preisgeben müssen. Sie täten gut daran, ihr Schicksal selbst an die Hand zu nehmen, statt dies an Bundesbern abzutreten. Aber auch der Bund wird sich hüten, eine Zweistandort-Politik voranzutreiben. Er hat genügend starke Zeichen gegeben, dass er die Netzwerke, die gesunde Konkurrenz und die Profilierung von fünf Medizinischen Fakultäten anderen Monopollösungen vorzieht.

**Ende gut, alles gut?** Weit verfehlt. Basel muss für seinen Platz unermüdlich kämpfen. Die notwendigen Ressourcen sind vorhanden, aber die Kräfte müssen gebündelt und nicht verzettelt werden. Die Champions League hat ihren Preis, auch das ist in Basel bekannt!



# Versicherungsmodelle mit Kopfpauschalen – ausgereifte Alternative mit Gewinnern bei Ärzten und Patienten?

*Dr. med. F. Rohrer, Lausen*

Ärztetzwerke mit Budgetverantwortung – Schlagworte aus den Diskussionen um die Revision des Krankenversicherungsgesetzes – werden kontrovers diskutiert. Für Gesundheitsökonom, Versicherer und einzelne Ärztenetzwerke gelten Kopfpauschalen als attraktive Alternativen zum vorherrschenden Einzelleistungstarif, bei einer grossen Zahl freipraktizierender Ärzte besteht aber eine grosse Unsicherheit, geht es doch um finanzielle Risiken, administrative Belastungen, aber auch um bisher ungelöste ethische und haftpflichtrechtliche Probleme. Der nachfolgende Artikel versucht, den aktuellen Stand der Diskussion, aber auch der wissenschaftlichen Evidenz zusammenzufassen.

## Unterschiede gegenüber der konventionellen Einzelleistungsvergütung

Krankenversicherungsmodelle mit Kopfpauschalen, der «Capitation», entstanden in der Schweiz erstmals Ende der neunziger Jahre. Pionierarbeit leistete der Ärzteverband Medix. Dem Leistungserbringer wird von den Krankenkassen eine fixe Pauschalentschädigung pro Versicherten gutgeschrieben. Alle anfallenden Kosten dieser Versicherten («full capitation»), angefangen von der ambulanten Versorgung bei Hausarzt oder Spezialist, den Medikamenten, Spitalaufenthalten bis zu Rehabilitationsbehandlungen, werden vom Versicherer dem Budget des betreffenden Leistungserbringers belastet. Denkbar wären auch Modelle, die Kopfpauschalen nur für einen Teil des medizinischen Spektrums, beispielsweise nur für die psychiatrische oder onkologische Versorgung, vorsehen. In der praktischen Umsetzung ändert sich für den Patienten und den einzelnen behandelnden Arzt nichts. Weiterhin wird nach einem Einzelleistungstarif Rechnung gestellt. Diese wird nach dem gän-

gigen System (in unserer Region dem «tiers garant») vom Patienten resp. dessen Versicherer bezahlt. Während des Jahres werden diese Rechnungen beim Versicherer auf das Konto des oder der Leistungserbringer verbucht. Zusätzlich vergütet der Versicherer den Leistungserbringer eine Entschädigung für die sogenannten Steuerungskosten, die eine Beteiligung am Versicherungsrisiko, den administrativen Aufwand, aber auch den Aufwand für Entwicklung und Umsetzung von Richtlinien beinhalten. Diese Mehrkosten sollen durch eine effizientere, an Behandlungsprozess und Patientennutzen orientierte medizinische Betreuung gedeckt werden. Einsparungen sollen nicht durch Vorenthalten notwendiger Leistungen, eine verdeckte Rationierung, sondern durch Vermeidung von Doppelspurigkeiten, unnötigen Untersuchungen oder Hospitalisationen erzielt werden. Nur bei der Auszahlung dieser Steuerungskosten und des erzielten Gewinns fliesst Geld direkt von den Versicherern an die Leistungserbringer.

## Die Berechnung der Kopfpauschale

Das finanzielle Ergebnis hängt für alle Beteiligten (Prämienzahler, Versicherer und Leistungserbringer, also Ärzte, Therapeuten, Apotheker und Spitäler) von der Berechnung der Kopfpauschalen ab. Eine auf lange Sicht tragfähige Geschäftsbeziehung kann nur entwickelt werden, wenn die Berechnungen für alle transparent sind, nachvollzogen werden können und die verwendeten Daten und Methoden hohen Qualitätsstandards genügen. Einfache Durchschnittsberechnungen nach Alter, Geschlecht und Region genügen – wie beim Risikoausgleich unter den Krankenkassen – keinesfalls. Heute bereits verwendete Berechnungsmodelle enthalten beispielsweise Daten über Hospitalisationshäufigkeiten des betreffenden Kollektivs im Vorjahr, die bei der Berechnung der Kopfpauschale nach ei-

nem festgelegten System zu Auf- oder Abschlägen führen. Weiter zu berücksichtigen ist die unterschiedliche regionale Verteilung der Versicherten, da die Einzugsgebiete von Leistungserbringern nicht den im konventionellen System verwendeten Kantons- oder Bezirksgrenzen entsprechen müssen. Versicherungsmathematische Berechnungen zeigen, dass Kostenvorteile, die bestimmte Versicherungsguppen bei Eintritt ins Capitationssystem aufweisen, im Verlauf der Jahre verlorengehen und damit Korrekturen bei der Berechnung der Kopfpauschale bewirken können. Auch die Wahrscheinlichkeit von sogenannten Grossrisiken, also sehr teuren Behandlungen, wie langen Aufenthalten auf Intensivstationen, Dialyse- oder onkologischen Behandlungen, muss berechnet werden. Nur aufgrund von Vertragsverhandlungen können schliesslich Grössen wie der zu erwartende Effizienzgewinn und die Entschädigung für den Steuerungsaufwand festgelegt werden.

## Strukturelle Voraussetzungen für Systeme mit Kopfpauschalen

Es ist kaum vorstellbar, dass ein einzelner Arzt oder eine kleine Gruppenpraxis allein mit Versicherern einen Tarifvertrag mit Anwendung von Kopfpauschalen aushandeln könnte. Bekanntlich wurden diese Modelle sowohl in der Schweiz wie auch in den USA in grossen HMO-Organisationen angewandt, wo einerseits schon eine geeignete administrative Struktur, andererseits auch eine grosse Versicherungsguppe vorhanden war. Erst damit konnten die auf ärztlicher Seite zu tragenden finanziellen Risiken übernommen werden. Experten gehen davon aus, dass ein solches Modell, um funktionieren zu können, mehrere Tausend Patienten versichern und die entsprechende Anzahl Ärzte umfassen muss. Einerseits muss ein genügend grosser Versichertenpool entstehen, damit ein vernünfti-



ger Risikoausgleich möglich ist, andererseits können die administrativen Aufwendungen, die zum grossen Teil aus Gemeinkosten bestehen, auf viele Schultern verteilt werden.

Als Alternative zu den straff geführten HMO nach amerikanischem Muster wurde in der Schweiz das Modell der – von der Ärzteschaft selbst kontrollierten – Betriebsgesellschaften entwickelt. Als Zusammenschluss mehrerer Ärzte oder Ärzteguppen übernehmen diese den Abschluss von Verträgen mit den Versicherern, die Überwachung der durch die Krankenkassen ausgeführten Berechnung der Kopfprämien und des Jahresergebnisses («Controlling»), die Erarbeitung oder Implementierung medizinischer Richtlinien und Prozesse oder die Verteilung von Entschädigungen für Strukturarbeiten (z.B. Teilnahme an Qualitätszirkeln) der beteiligten Ärzte. Für die Verteilung eines allfälligen Gewinns sowie den Abschluss von Rückversicherungen für die Abdeckung finanzieller Grossrisiken bei seltenen, aber besonders teuren Behandlungen sind diese Gesellschaften ebenfalls verantwortlich.

Da systemimmanent das Risiko von ärztlicher Unterversorgung besteht, benötigen Ärzteguppen, die sich an Versicherungsmodellen mit Kopfpauschalen beteiligen, vorbereitete Massnahmen, die die Versicherten vor ungenügender Behandlung schützen. Folgende Beispiele werden u.a. als nützlich erachtet: Die Betriebsgesellschaften müssen so strukturiert sein, dass die Budgetverantwortung immer auf einer Gruppe, nie auf einem einzelnen Arzt lastet. In den Budgetverträgen soll zudem eine finanzielle Risikoeingrenzung enthalten sein. Die Grundsätze der medizinischen Betreuung sollten in Guidelines festgehalten werden. Schwierige Entscheide müssen in Qualitätszirkeln gemeinsam getroffen werden. Critical incident reporting und Qualitätssicherungsmassnahmen sollen verbindlich für das ganze Netzwerk geregelt sein. Den Patienten soll der Zugang zu einem unabhängigen Ombudsmann ermöglicht werden.

### **Gibt es wissenschaftliche Evidenz für die Vorteile von Kopfpauschalen?**

Obwohl man überall in den Massenmedien von Managed Care, Versicherungsmodellen mit Budgetverantwortung oder

Capitation liest und hört, gibt es kaum wissenschaftliche Untersuchungen, die fundierte Aussagen über die Brauchbarkeit dieser Versicherungsmodelle oder über die allenfalls damit verbundenen Qualitätsveränderungen ermöglichen. Auch der Krankenkassenverband santésuisse weist in einer eigenen, auf seiner Website publizierten Beurteilung in- und ausländischer Studien auf dieses Problem hin. Insbesondere könne nicht schlüssig gezeigt werden, dass die tendenziell beobachteten Kosteneinsparungen nicht ganz oder teilweise auf einer Risikoselektion beruhten. Die Cochrane Library (Cochrane Database of Systemic Reviews) enthält eine Übersicht von Gosden et al. Auch diese Arbeitsgruppe fand in den durchsuchten Datenbanken nur wenige Studien, die die vorher festgelegten Kriterien erfüllten. Aufgrund dieser Daten war es den Autoren nicht möglich zu bestimmen, welches der Modelle (Kopfpauschalen, Einzelleistungsabrechnung oder Mischformen) mehr Vorteile bezüglich Kosten, Patientenzufriedenheit oder Qualität aufwies. Zur Klärung dieser Frage sei weitere Forschungsarbeit notwendig. In einer Dissertation an der Universität Zürich wurde von Nordt et al. mit einem Strukturvergleichsmodell untersucht, ob bestimmte Praxismodelle zu vermehrter ärztlicher Arbeitszufriedenheit führten. In einer Stichprobe von 120 Grundversorgern zeigte es sich aber, dass weder die Praxisgrösse noch die Form der Leistungsentschädigung die Arbeitszufriedenheit beeinflussen.

### **Problemfelder für Arzt, Patienten und Gesundheitssystem**

Die wissenschaftliche Beurteilung der breiten Anwendung von Kopfpauschalen- resp. Capitationmodellen ist zur Zeit noch zu wenig eindeutig. Sowohl die Daten über die Kosteneinsparungen oder den möglichen Einfluss von Risikoselektionen als auch über die Zufriedenheit von Patienten- oder Ärzteschaft mit diesen Modellen sind noch wenig aufschlussreich. Aufgrund der bisherigen Evidenz kann deshalb eine verbreitete Anwendung dieser Modelle nicht empfohlen werden. Bei der Konzeption weiterer innovativer Versicherungsmodelle müssen von Anfang an diese Wissenslücken berücksichtigt und in der Auswertung gezielt bearbeitet werden. In diesem Sinne

sind weitere, gut geplante Modellversuche wünschenswert.

Grundsätzlich besteht in den Kopfpauschalensystemen die Gefahr einer versteckten Rationierung, sofern der verordnende Arzt einen zu grossen Teil des Versicherungsrisikos übernehmen muss und schliesslich in ein finanzielles Dilemma geraten könnte. Negative Beispiele sind in den USA bekanntgeworden, wo grosse gewinnorientierte HMO-Betriebe negative Schlagzeilen verursachten. Verschiedene, weiter oben diskutierte Massnahmen könnten einen grossen Teil der Gefahr von Unterversorgung vermeiden, wohl aber um den Preis vermehrter administrativer Belastungen und Einschränkungen der Abklärungs- und Therapiefreiheit.

Der Risikoausgleich unter den Ärzten kann nur von einem grossen Netzwerk getragen werden. Gelingt es nicht, solche Netzwerke auch in Regionen ausserhalb der grossen Agglomerationen aufzubauen, müssten die Versicherten in diesen Gegenden damit rechnen, dass noch mehr für Ärzte unattraktive Praxen verwaisen und periphere Spitäler geschlossen werden, aber gleichzeitig die Prämien ansteigen, da die Versicherer nur Rabatte gewähren können, wenn sie tatsächlich Einsparungen erzielen.

Die Kosten für chronisch Kranke und teure Patienten müssen durch eine Rückversicherung oder einen speziellen Kostenpool der Krankenversicherer abgedeckt werden. Je nach Ausgestaltung dieser Regelungen könnten Ärzteguppen in Versuchung geraten, diese Patienten vermehrt in den staatlich subventionierten Sektor des Gesundheitswesens, also in die Ambulatorien und stationären Abteilungen der Spitäler, zu überweisen. Dies könnte bedeuten, dass dort die Patienten zu höheren Kosten als bei den niedergelassenen Ärzten behandelt werden und durch die häufigeren Arztwechsel unzufrieden und verunsichert werden. Gleichzeitig könnten mit der Zeit die praktizierenden Ärzte die wichtige Langzeiterfahrung in der Betreuung dieser Kranken verlieren. Damit träte eine unerwünschte Verschlechterung der Behandlungsqualität ein, die schliesslich nur eine Scheinersparnis in den Kopfpauschalenmodellen bewirkte!







# Academy of Swiss Insurance Medicine am Universitäts-spital Basel offiziell eröffnet

lic. iur. Yvonne Bollag,  
Geschäftsführerin asim

Mit dem Eröffnungssymposium «Versicherungsmedizin – eine Herausforderung im nationalen und internationalen Kontext» wurde die asim am 7. September 2005 in Basel offiziell eröffnet. Über 450 Personen, mehrheitlich Mediziner/innen, aber auch Interessierte aus allen in der Versicherungsmedizin tätigen Berufssparten, besuchten die Eröffnungstagung und zeigten damit eindrücklich das Interesse und den Bedarf an einer Vernetzung und weiteren Professionalisierung der Ärzteschaft im Bereich der Versicherungsmedizin.

## Aufgaben und Profil der asim

Entstanden ist die asim aus der seit 1999 bestehenden Medizinischen Abklärungsstelle MEDAS am Universitätsspital Basel. Diese vereint Fachärzte aus den Kliniken Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie/Neuropsychologie, Rheumatologie, Orthopädie und Psychosomatik und arbeitet zudem mit einem Netz von freipraktizierenden Fachärzten zusammen. Sie erstellt rund 400 (ab Mitte nächsten Jahres 500) polydisziplinäre Begutachtungen jährlich in komplexen Fällen für die Sozialversicherungen (IV, UV) und die Privatassekuranz (UV, Haftpflicht, Taggeld) sowie für Gerichte insbesondere zum Fragenkreis Arbeitsfähigkeit, Integritätschäden, Kausalitätsfragen.

Bereits per Anfang 2005 wurde die MEDAS auf Beschluss der Direktion des Universitätsspitals Basel und dank dem Support von Bund und Versicherungen



Verschiedene Referate am 7.9.2005

umgewandelt in eine Akademie, die neben dem beschriebenen Dienstleistungsauftrag auch Ausbildung und Forschung in der Versicherungsmedizin aufbaut. Ziel ist es, an der Medizinischen Fakultät eine Professur für Versicherungsmedizin zu schaffen und spätestens Anfang 2008 personell zu besetzen. Für die universitäre Einbindung wird derzeit der entsprechende Strukturbericht erstellt. Bis zur definitiven Besetzung der Professur für Versicherungsmedizin wird die asim ärztlicherseits von Prof. Dr. med. N. Gyrgelitet, der bereits in seiner früheren Funktion als Chefarzt Innere Medizin und Bereichsleiter Medizin am Universitätsspital Basel auch Chefarzt der MEDAS war. Dank der dualen Leitung (Medizin und Jurisprudenz) ist die fachlich wichtige Interdisziplinarität bereits in der Grundstruktur der asim gewährleistet. Die asim versteht unter **Versicherungsmedizin** die Beziehungen zwischen kranken und verunfallten Menschen einerseits und Versicherungen und medizinischen Leistungserbringern andererseits. Diese sehr weit gefasste Definition lässt sich gemäss Profil der AAIM (American Academy of Insurance Medicine) präzisieren als Integration der medizinischen Wissenschaften und der Versicherungswirtschaft (vgl. Kasten).

### Themenkreise der Versicherungsmedizin:

- Morbiditäts- und Mortalitätsanalysen
- Guidelines für die Risikobeurteilungen bei Versicherungsabschlüssen
- Medizinische Grundlagen für Beurteilung von Schadensfragen
- Medizinische Grundlagen für eine effektive und patientenorientierte Fallbearbeitung (case und disability management)
- Evaluation von medizinischen Interventionen

Die asim orientiert sich damit an den medizinischen Fragestellungen, wie sie sich klassischerweise aus der Entwicklung der Privatassekuranz (Nähe zur Versiche-

rungsmathematik, medizinische Epidemiologie) wie der Sozialversicherung (Nähe zur Arbeitsmedizin, rechtliche Aspekte des Sozialstaates) ergeben. Beiden Themenkreisen immanent sind die herausfordernden aktuellen Entwicklungen in den Industrie- und Dienstleistungsländern, wie stark zunehmende Erkrankungen von Bewegungsapparat, Psyche und Adipositas/Diabetes und die damit verbundenen, teilweise explosionsartig ansteigenden Kosten der (Renten-) Versicherungen. Einhergehend mit diesen Entwicklungen, weist die Schweiz eine grosse, quantitativ und qualitativ ungedeckte Nachfrage nach medizinischer Expertise in versicherungsmedizinischen Fachfragen auf.

Die asim verfolgt deshalb im Bereich der **Lehre (Aus-, Fort- und Weiterbildung)** die folgenden Ziele: Qualifizierung von Ärzten/-innen in Versicherungsmedizin, Nachwuchsförderung, akademische Verankerung, Mitgestaltung eines interdisziplinären Netzwerkes (schweizweit und international). Um diese Ziele zu erreichen, wird die Anbindung der asim an die Universität Basel, Medizinische Fakultät, und damit auf medizinischem Hochschulniveau sehr begrüsst. So lässt sich gewährleisten, dass die Versicherungsmedizin innerhalb der medizinischen Strukturen die erforderliche Beachtung und Qualitätssteigerung erfährt. Insbesondere wird in den nächsten Jahren ein konsequentes Bildungsangebot für alle Ebenen – Studierende, Assistierende und in Zusammenarbeit mit der SIM (Interessengemeinschaft Schweizerische Versicherungsmedizin) auch in der Fortbildung der Fachärzte aller Fachrichtungen – aufgebaut werden. Die asim soll in geplanter Kooperation mit der Universität Lausanne/CHUV das Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin in der Schweiz werden. Die Interdisziplinarität wird gewährleistet durch den Beizug von Fachexperten aus allen für die Versicherungsmedizin relevanten Disziplinen, wie etwa Recht, Ökonomie, Soziologie, Gentechnologie, Philosophie/Ethik, Geschichts-

wissenschaften, Versicherungswirtschaft, Psychologie etc., und die Bildungsangebote können auch von Interessierten anderer Fachdisziplinen genutzt werden.

#### **Aufbau der Aus-, Fort- und Weiterbildung an der asim**

- Besetzung Extraordinariat Versicherungsmedizin (per 2008)
- Akkreditierung als universitäre Einheit (ab 2006)
- monatliche Fortbildungen (ab September 2005)
- Weiterbildungsmodul für Assistenzärzte/-innen (ab Winter 2005)
- durch SIM: Gutachterkurse für Fachärzte (ab Sommer 2006)
- Lehrangebote und Praktika für Versicherungen (ab Winter 2006)
- Entwicklung einer Postgraduate-Ausbildung (Master, PhD, ab 2006)
- jährliche interdisziplinäre Fachtagungen

Vom gleichen interdisziplinären Verständnis will sich die asim auch im Aufbau der **Forschung** leiten lassen. Nebst der Sammlung und Dokumentation des heutigen Wissensstandes zur Versicherungsmedizin sollen Ursachen und Folgen von Invalidität auch unter Berücksichtigung von Migrations- und Genderaspekten erforscht werden. Weitere Forschungsprojekte befassen sich mit der Evaluation von Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen durch die behandelnden Ärzte/-innen und mit der Wirksamkeit von Frühinterventionsmodellen. Spezifische Themenforschungen im Bereich Depression, Schmerzsyndrome oder zur Situation von «working poors» und der Erwerbssituation in spezifischen Krankengruppen (bspw. Dialysepatienten/-innen) werden von der asim im Netzwerk mit anderen Forschungseinrichtungen im In- und Ausland angegangen werden.

#### **Eröffnungssymposium vom 7. September 2005**

Bereits die Eröffnungstagung der asim mit ihrer sowohl interdisziplinären wie fachmedizinischen Themenwahl zeigte spannend das breite Fachspektrum der Versicherungsmedizin auf. Nebst den freundlichen Grussworten seitens Bund (Nationalrat C. Janiak), Kanton Basel-Stadt (Regierungsrat C. Conti), Universitätsspital Basel (Direktorin R. Ziegler) und Universität (Dekan A. Perruchoud und Vizepräsidentin Universitätsrat J. Guggenbühl-Herter) stand der Vormittag im Zeichen der Interdisziplinarität und Diskussion der aktuellen Herausforderun-

gen an die Versicherungsmedizin. PD Dr. M. Lengwiler, Historiker am Wissenschaftszentrum Berlin, zeigte die doppelte Herkunft der Versicherungsmedizin (Sozialstaatlichkeit und Versicherungswirtschaft) und ihre Wurzeln im ausgehenden 19. und Weiterentwicklung im 20. Jahrhundert auf; ebenso die sich daraus ergebenden Herausforderungen/Schwierigkeiten und der Erkenntnis- und Forschungsbedarf aus geisteswissenschaftlich-historischer Sicht. Ausgesprochen praxisorientiert präsentierte Dr. med. E. Knuelle, Arbeitsmedizinerin und langjähriger Werkarzt der Ford-Werke in Köln, deren konsequenten Reintegrationsansatz für Mitarbeitende mit gesundheitlich bedingten Leistungsminderungen. Das Ford-Projekt ist mehrfach preisgekrönt. Es hat pionierhaft sowohl neue Instrumente für die Beurteilung von Arbeitsfähigkeits- und Tätigkeitsanforderungsprofilen wie auch für die betriebsinterne Umsetzung eines konsequenten integralen (Dis-)Abilitymanagements entwickelt.

Die anschliessende, äusserst lebhaft und von Prof. I. Rickenbacher hervorragend moderierte Podiumsdiskussion mit Arbeitgeberpräsident P. Hasler, Jusprofessor E. Murer, Patientenvertreter und Betriebsvertreterin R. Bräm und H. Trachsel sowie den Versicherungsrepräsentanten Ch. Ludwig und U. Arbter zeigte die grosse Erwartungshaltung an eine Institution wie die asim und liess auch Hoffnung aufkommen, dass in der Schweiz einiges in Bewegung geraten ist bezüglich besserer Koordination zwischen allen Involvierten (Arbeitnehmer/-innen, Patienten/-innen, Ärzten/-innen, Versicherten, Arbeitgebern, Versicherungen und weiteren Institutionen).

Zum fachmedizinischen Teil «Somatoforme Schmerzstörung» referierten drei Mediziner aus völlig unterschiedlicher Perspektive. Prof. Dr. N. Hadler, USA, zeigte, basierend auf seiner über dreissigjährigen Forschungstätigkeit als Rheumatologe und Immunologe, wie das wechselnde, nicht ausreichend auf Evidenz gegründete Verständnis von Krankheit und Gesundheit und die immanenten Anreize und Erwartungshaltungen ans medizinische Versorgungssystem dazu führen, dass immer mehr Menschen im Umgang mit Schmerz und Leistungsminderung chronifizieren und zu «medizinisch schweren Fällen» werden, weil die Vorstellung eines mehrheitlich beschwerde- und schmerzfreien Altersprozesses letztlich absurd sei. Dem-



*Podiumsdiskussion*

gegenüber zeigte Prof. U. Buettner, Neurologe, Aarau, die faszinierenden neuesten Erkenntnismöglichkeiten bezüglich chronischer Schmerzsyndrome aus der neurophysiologischen Hirnforschung auf. Prof. P. Henningsen schliesslich, Neurologe und Psychiater, München, verstand es, eindrücklich die anspruchsvolle Aufgabe der Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen darzustellen. Er präsentierte die wichtigsten Hinweise aus den unter seiner massgeblichen Leitung entstandenen Guidelines für die deutsche Fachgesellschaft der Psychosomatiker. Den Abschluss des Tages bildete Prof. L. Prior, Soziologe, UK. Er zeigte anhand mehrerer von ihm geleiteter Studien die Mortalitätsdaten bei Personen mit genetischen Risikofaktoren und den Umgang der Versicherungen und Betroffenen mit diesen Erkenntnisdaten. Er beschloss sein Referat und damit auch die Eröffnung der asim mit der Aussage von Aristoteles über eine gerechte Welt und wie der Mensch abstrahiert von seinen individuell-konkreten Lebensumständen diese allgemeingültig beantworten würde. Er zeichnete damit nicht nur ein sehr differenziertes Interessensverständnis, sondern spannte den interdisziplinären Bogen bis zur Frage der Ethik, welche letztlich die Grundlage jeder Tätigkeit, speziell aber auch der medizinischen und damit sicherlich auch der versicherungsmedizinischen sein soll.

Die Tagungsreferate werden in Kurzform in einer Praxisnummer publiziert werden. Infos zur asim: [www.asim.unibas.ch](http://www.asim.unibas.ch), Leitung: Prof. Dr. med. N. Gyr ([ngyr@uhbs.ch](mailto:ngyr@uhbs.ch)), lic. iur. Y. Bollag ([ybollag@uhbs.ch](mailto:ybollag@uhbs.ch)), asim, Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel, Tel. 061 265 55 68.

**Nächste Fortbildungsveranstaltung der asim: Mittwoch, 9.11.2005, 18.00 bis 19.15 Uhr, Hörsaal 4, Klinikum 1, Universitätsspital Basel, Spitalstrasse 21, 4031 Basel**  
Dr. P. Scollar, Product Management Non-Life Claims, **Medizinische Risikoprüfung im Bereich der Krankenzusatzversicherung**

# Überlegungen zum Bildschirmarbeitsplatz

*Dr. med. Alexandra Prünke,  
Fachärztin für Ophthalmologie und  
Ophthalmochirurgie, Bahnhofstrasse 19,  
4104 Oberwil; Walter Lips, Fluhmatt-  
strasse 1, 6002 Luzern, Suva Bereich  
Physik, walter.lips@suva.ch*

Praktisch jeder von uns arbeitet heute mit einem PC, aber nicht jeder Arbeitsplatz eignet sich auch tatsächlich zum Arbeiten am PC. Oftmals werden zuvor anders genutzte räumliche Gegebenheiten zu einem späteren Zeitpunkt mit PC, Bildschirm und Drucker ergänzt. Wer von uns Ärzten hat sich denn schon Gedanken darüber gemacht, ob seine Arztgehilfin richtig vor dem PC sitzt, ob ihr Arbeitsplatz optimal eingerichtet und beleuchtet ist? Die Erfahrung zeigt, dass es alles andere als selbstverständlich ist, einen PC arbeitsphysiologisch korrekt aufzustellen und zu benutzen. Es würde uns als Arbeitgeber/Arbeitgeberin daher nicht schaden, diesen Themenkreis etwas genauer zu betrachten. Die Beschwerden am Bildschirmarbeitsplatz bleiben interessanterweise gemäss den Beobachtungen der Suva über die Jahre betrachtet recht stabil. Am häufigsten genannt werden von den längere Zeit am PC Arbeitenden Kopf- und Nackenschmerzen, Augenbrennen und -tränen, Nervosität, Stress sowie Schmerzen in Schultern, Augen und Händen. Neben der rein zahlenmässigen Zunahme von Bildschirmen an verschiedensten Arbeitsplätzen sind für die steigende Zahl der genannten Beschwerden auch zunehmend psychologische Aspekte, wie zum Beispiel die Schwierigkeit des Arbeitnehmers, sich an die rasch wechselnden Entwicklungen und Neuerungen in seiner Branche anzupassen, verantwortlich.

Längeres Arbeiten am Bildschirm kann zu einer mehr oder weniger starken Belastung der Augen sowie zu körperlichen Zwangshaltungen führen. Oft finden sich störende Reflexionen auf den Bildschirmen, weil sie ungünstig zu Fenstern und spiegelnden Flächen in den Arbeitsräumen positioniert sind. Dieses Problem tritt besonders häufig in Räumen auf, die früher anders möbliert und ursprünglich

gar nicht für Computerarbeiten vorgesehen waren. Idealerweise sollte ein Bildschirm möglichst direkt hinter der Tastatur positioniert sein, so dass keine Hindernisse beim Bedienen der Tasten und der seitlich davon verwendeten Maus im Wege stehen. Die heute verbreiteten Flachbildschirme werden idealerweise in einem Abstand von 50–80 cm aufgestellt. Grössere Bildschirme herkömmlicher Art (17 oder mehr Zoll) erfordern ein Aufstellen in grösseren Distanzen vom Arbeitenden, benötigen also grössere Tischiefen als Flachbildschirme. Ebenso wichtig für ein angenehmes, längeres Arbeiten am PC ist die erforderliche Beinfreiheit, welche ein ungehindertes Bewegen der Füsse erlaubt. Mit direktem, ca. 30° auf die Bildschirmmitte gesenktem Blick lässt es sich länger und ermüdungsfreier arbeiten; falsch hingegen ist das Anheben des Kopfes zum Betrachten des Bildschirms.

Beim Formulieren von exakten Anforderungen an den Bildschirmarbeitsplatz spielt auch die Beleuchtung eine grosse Rolle. Da wir alle im Dunkeln aufgrund des vorherrschenden Lichtspektrums

blauschwach werden, sind häufig anzutreffende farbige Schriftzüge vom Kontrast her ungünstig und über längere Zeit stärker ermüdend. Auch die bereits erwähnten, allen bekannten Reflexe wirken äusserst störend. Sie entstehen stets an glatten spiegelnden Flächen. Spiegel, Glasflächen und direkte Lampen sind daher an Computerarbeitsstellen vorsichtig und sparsam zu verwenden. Unerwünschte Spiegelungen lassen sich meistens relativ einfach durch Drehen oder Kippen der Bildschirmfläche vermeiden. Die elektromagnetische Strahlung, also der ungewollte Aufbau eines Magnetfeldes während der Arbeit am Bildschirm, ist bereits seit vielen Jahren aufgrund der geltenden Normen kein relevantes Problem mehr. Auch ein ruhiger, stabiler Bildaufbau sowie eine gleichmässige Kontrastverteilung über die gesamte Bildschirmfläche sind heute technische Aspekte, welche standardmässig zufriedenstellend gelöst sind und wesentlich zum Komfort des Arbeitenden beitragen.

Das richtige Ausleuchten der Arbeitsfläche ist neben der Körperhaltung eines der entscheidenden Kriterien bei der Ge-



staltung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen am PC. Eine geeignete Beleuchtung darf nur wenig Schatten werfen und muss eine möglichst gleichmässige Ausleuchtung der Tastatur sowie der zu bearbeitenden Texte oder Zahlentabellen gewährleisten. Die übliche Alterung und Verschmutzung der Geräte, Möbel und Wände haben bei Arbeitsergonomien neben der Betrachtung der eigentlichen Beleuchtungsstärke zur Einführung der sogenannten Wartungsbeleuchtungsstärke geführt. Nicht regelmässig gereinigte und gewartete Leuchten, Decken, Wände, Vorhänge usw. verschlechtern den Kontrast und fördern so die frühzeitige Ermüdung. Die offensichtliche Leuchtdichte oder Lichtstärke ist also nicht das einzig Massgebende. Der Wirkungsgrad einer Beleuchtungsanlage hängt wesentlich vom Reflexionsgrad der Decke, der Wände, des Bodens sowie der umgebenden Möbel und Fensterflächen (mit ihren Vorhängen und Storen) ab. Je heller eine Fläche bei gleicher Beleuchtungsstärke scheint, desto grösser ist der Reflexionsgrad. Da wir Objekte stets abgesetzt zum Hintergrund, also im Kontrast zur Rückfläche betrachten, ist der Kontrast neben der Leuchtdichte ein wesentlicher Faktor für ein angenehmes und damit stressfreies Arbeiten am Bildschirm. Augenfunktionen, die hier entscheidend mitwirken, sind

Sehschärfe, Kontrastsehen, Adaptationszustand, Akkommodation, Farbsehen und Gesichtsfeld. Eine Person mit Altersweitsichtigkeit (Presbyopie) ist dabei gegenüber einer jüngeren benachteiligt, da Sehschärfe und Akkommodationsfähigkeit im Alter abnehmen. Die Akkommodation erreicht mit ungefähr 40 Jahren einen Grenzwert, der das Tragen einer Lesebrille erfordert, um im Nahbereich längere Zeit scharf sehen zu können. Dabei sind Beleuchtung, Zeitdauer und Distanz zum betrachteten Objekt von Bedeutung. Selbstverständlich gibt es Unterschiede in der individuellen Akkommodationsfähigkeit, welche auch messbar sind. Daher ist auch das regelmässige Überprüfen der benutzten Nahkorrektur wichtig. Unterkorrigierte Brillengläser sind leider relativ häufig anzutreffen und führen dann zu Kopfschmerzen, Müdigkeit und sinkender Konzentration bei der Arbeit. Je nach Distanz des Bildschirms und Dauer der täglichen Computerarbeit ist in vielen Fällen auch eine individuell angepasste Arbeitsbrille ausgesprochen hilfreich.

Die Adaptation an helles Licht erfolgt rasch und ist zum Arbeiten am Bildschirm und im Nahbereich erforderlich. Die Dunkeladaptation für Arbeit und Orientierung in der Dämmerung benötigt dagegen 30 Minuten oder länger und ermöglicht keine genügende Sehschärfe

für Schreibarbeiten. Das geeignete Raumlicht mit einem genügenden Kontrast ist also besonders für ältere, altersweitsichtige Mitarbeiter eine Grundvoraussetzung, um längere Zeit effektiv und stressfrei arbeiten zu können.

Dies sind nur einige zusammengefasste Überlegungen. Grundlagen über die Gestaltung von Bildschirmarbeitsplätzen werden an verschiedenen Orten gelehrt und praxisbezogen vermittelt. Die Suva Luzern führt regelmässig Kurse durch, um Betriebsmitarbeiter zu schulen, und stellt dabei auch umfassendes Dokumentationsmaterial zur Verfügung.

- 1) Die Arbeit am Bildschirm. Ausführliche Informationen für Fachleute und Interessierte, suvaPro 2003, Bestellnummer 44022.d
- 2) Bildschirmarbeit. Wichtige Informationen für Ihr Wohlbefinden, suvaPro 2004, Bestellnummer 44034.d
- 3) Arbeiten am Bildschirm. 10 Tipps für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden, suvaPro, Bestellnummer 84021.d
- 4) Broschüren und Checklisten des seco, Auskunftsstellen Eidgenössische Arbeitsinspektion Zürich und Lausanne, [www.seco.klick.ch](http://www.seco.klick.ch)

## Rechnungsstellerstatistik:

Die santésuisse hat beschlossen, dass sie grundsätzlich den Bezug der Rechnungsstellerstatistik für die einzelnen Ärzte über ihren Onlineshop unter [www.santesuisse.ch/onlineshop](http://www.santesuisse.ch/onlineshop) vorsieht. Das Abrufen der eigenen Daten über diesen Onlineshop soll kostenpflichtig sein. Je nach Aufbereitung der Daten verlangt santésuisse einen Betrag zwischen Fr. 65.– und Fr. 200.–. Die Erhebung einer Gebühr für die Herausgabe der bisherigen Daten ist jedoch gemäss Art. 8 des Datenschutzgesetzes rechtswidrig. Sie können weiterhin die kostenlose Herausgabe Ihrer Daten beantragen, indem Sie sich auf den Art. 8 DSG berufen. Allerdings erhalten Sie dann nur die sogenannten Rohdaten, die nicht der bisherigen Rechnungsstatistik mit den Indices entsprechen. Senden Sie Ihren Antrag unter Beilage einer Kopie Ihres Passes oder Ihrer Identitätskarte an folgende Adresse (einen Musterantrag finden Sie unter [www.medges.ch](http://www.medges.ch)):

**santésuisse, Herr R. Karau, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn**

# Freudentag am 1.9.2005: Gründungsfeier des Institutes für Hausarztmedizin Basel (IHAMB)



Dr. med. Felix Häring, Bubendorf

Es ist eindrücklich, was die Initianten des Institutes unter der Leitung von Peter Tschudi und Benedict Martina schon alles zeigen können. Nahtlos geht ihre bisherige Tätigkeit in der FIHAM nun in das Wirken des neuen IHAMB der Universität Basel über. Universitätsratspräsident und alt Regierungsrat Ueli Vischer überbrachte die Grüsse der Universität. Brigitte Saner gratulierte im Namen des SGAM-Vorstandes den Verantwortlichen des IHAMB. Vertreter der Hausarztmedizin aus Zürich, Bern und den beiden Basel zeigten ihre Freude über das Ereignis. Der Posaunenchor Basel überraschte mit seiner Anwesenheit und gab mit seinen Darbietungen dem Tag einen festlichen Rahmen.

Das Institut für Hausarztmedizin hat grosse Leistungen vorzuzeigen. Darunter lassen sich folgende Tätigkeiten hervorheben:

- Das Einzeltutoriat, eine einmalige Pionierleistung und ein besonderes Prunkstück der Ausbildung zum Arzt. Es wird von allen Seiten geschätzt und ist mittlerweile unentbehrlicher Bestandteil des Werdeganges eines Doktors. Viele Studierende können erst

dann die Hausarztmedizin als Berufsziel kennenlernen.

- Die beeindruckende Zahl der bereits vorliegenden Studien. So z.B. über folgende Fragen:
  - Werden Richtlinien der Fachgesellschaften von den Hausärzten eingehalten und, wenn nicht, warum? Dies wurde am Beispiel der Hypercholesterinämie untersucht.
  - Wie ist es eigentlich mit der Antibiotikaverschreibung bei Infekten der oberen Luftwege? Auch hier geht es um Richtlinien und deren Handhabung. Es gab erstaunliche Erkenntnisse.
  - Die Zukunft der Grundversorgung: Diese wird immer mehr von Frauen und Teilzeitbeschäftigten getragen. Dies muss im Curriculum berücksichtigt werden und trägt dazu bei, auch in Zukunft unserem Land eine gute Grundversorgung sichern zu können.
  - Die Evaluation der Studenten und Lehrärzte: Diese zeigte, dass wir die Einschätzungen unserer Fähigkeiten verbessern können, und zwar in Bereichen, wo wir es nicht gedacht haben.
- Eine Hypertoniedatenbank ist errichtet worden.

Die Hausarztmedizin zeigt sich mit diesen Arbeiten als eigenes Fach mit eigenen Methoden und Zielen und verlässt damit das frühere Bild des Vollstreckers der Vorstellungen von Spezialisten. Das IHAMB ist eine einmalige Institution. Sie wurde nicht von oben her errichtet, sondern von unten her. Die Initiative zur Gründung hat nicht irgendeine politische oder universitäre Instanz ergriffen, sondern sie ist von den Ärzten gekommen und von ihnen getragen worden. Wir Hausärzte haben den Verantwortlichen zeigen können, dass es uns braucht, und wir haben in jahrelanger Arbeit das Ziel erreicht. Der enorme Aufwand wurde mit idealistischer Motivation zu einem grossen Teil ohne eine entsprechende Entschädigung geleistet. Nun haben sich diese Initiativen gelohnt, und der Dank geht an alle, die mitgewirkt haben.

Es gibt sehr viel zu tun. Wir benötigen Kollegen, die bereit sind, Studierende für das Einzeltutoriat bei sich aufzunehmen, die sich an weiteren Studien beteiligen, die bei der Hypertoniedatenbank mitmachen und vieles mehr.





# Erweiterte Röntgenkompetenz der MPA: Dürfen sie nun oder dürfen sie nicht? – Versuch einer Chronik

*Dr. med. Caroline Trutmann,  
FMH-Delegierte für MPA-Fragen  
des Kantons Baselland, Allschwil*

Seit der Einführung der MPA-Ausbildung im heutigen Sinne im Jahre 1994 wurden nur Röntgenaufnahmen des Thorax und der Extremitäten systematisch an der Schule gelehrt.

Seit 1998 existiert für ausgelernte Praxisassistentinnen mit einem Jahr Berufserfahrung die Möglichkeit, einen Weiterbildungskurs für dosisintensives Röntgen zu absolvieren. Dieser Kurs wurde wegen seiner prohibitiven Bedingungen (sehr zeitintensiv, sehr teuer, enorm viele Pflichtaufnahmen in kurzer Zeit) kaum besucht. Dennoch führen viele MPA Röntgenaufnahmen unter der Oberaufsicht des Praxisinhabers durch.

Das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) setzte am 1. Dezember 2003 im Rahmen der Ausbildungsreformen ein revidiertes Reglement in Kraft, das dosisintensive Aufnahmen im offiziellen Lehrplan der Schulen vorschrieb. In Absprache mit der FMH und den Berufsverbänden der MPA wurde eine Änderung des Lehrplans vorgenommen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurde über alle Schritte laufend informiert. Viele Schulen, unter anderem auch die HWS, haben zusätzliche Röntgenstunden gemäss den neuen Anforderungen in ihren Stundenplan eingebaut. Der Grund für diese Änderung ist einleuchtend: In rund 4000 Arztpraxen mit einer Röntgenanlage (davon knapp 3000 Grundversorger) haben die 3000 Praxisinhaber inzwischen eine Bewilligung für dosisintensive Aufnahmen erhalten. Die Änderung entspricht demnach einer Anpassung an die tatsächlichen Bedürfnisse.

Gegen diese Revision des Ausbildungsreglementes haben Radiologen- und MTRA-Verbände sowie die Kommission für Strahlenschutz und Radioaktivität (KSR), eine Kommission des BAG mit beratender Funktion, beim BBT interveniert. Mit Erfolg, denn seit Januar 2004

blockiert das BAG die Umsetzung des Reglementes.

Radiologen, MTRA und KSR befürchten:

- eine Verdrängung der (teureren) MTRA zugunsten einer MPA mit erweiterter Röntgenkompetenz;
- einen Qualitätsverlust bei den Aufnahmen, da zu wenige gemacht würden;
- eine Zunahme der dosisintensiven Aufnahmen;
- eine unzureichende Ausbildung, da die Lehrmeister diese Aufnahmen ja bisher nicht durchgeführt haben.

Die FMH hat daraufhin Gegenargumente eingereicht:

- Eine MTRA hat ein anderes Aufgabenspektrum (CT, MRI).
- Die Aufnahmen werden seit eh und je sowieso gemacht.
- Nicht die MPA, sondern der Praxisinhaber stellt die Indikation.

Am 13.7.2005 fand eine Einigungssitzung mit Vertretern des BBT, der FMH, der MPA, der Radiologen, der MTRA und des BAG statt. Obwohl die Erweiterung der theoretischen Röntgenausbildung und die Notwendigkeit der Aufnahme der dosisintensiven Röntgenbilder in die Ausbildung der MPA nicht bestritten werden, konnte dennoch keine Einigung über die Ausbildungsmethode und die Anforderungen für einen entsprechenden Ausweis erzielt werden.

Am 9.9.2004 hat die FMH dem BAG einen Kompromissvorschlag unterbreitet, der mit den dafür Verantwortlichen vorgängig abgesprochen wurde.

Seither ist der Prozess im BAG blockiert. Trotz mehrmaliger Nachfragen konnte sich das BAG nicht zu einer Entscheidung durchringen.

- Am 24. Januar 2005 zeichnete sich bei einem Treffen der zuständigen Vertreter der FMH und des BAG erneut eine Kompromisslösung ab.
- Am 27. Januar 2005 versicherte ein BAG-Vertreter, dass die Ausbildung im dosisintensiven Bereich in den Schulen wie geplant eingeführt werde.



- Anfang März 2005 fand ein Spitzentreffen zwischen FMH-Präsident und BAG-Direktor statt. Der BAG-Direktor sicherte einen baldigen Entscheid zu.
- Mitte März 2005 empfahl die KSR dem BAG, entgegen den bisherigen Abmachungen nach mehreren Sitzungen, die erweiterte Röntgenkompetenz der MPA abzulehnen.
- Mitte August 2005 fehlt immer noch eine Antwort des BAG auf den von der FMH im September 2004 eingereichten Vorschlag.

Zum jetzigen Zeitpunkt, bald zwei Jahre nach Inkrafttreten des revidierten Ausbildungsreglementes, beginnt der erste nach neuem Reglement auszubildende Jahrgang das zweite Lehrjahr! Schulen und Lehrmeister sind eigentlich verpflichtet, die Vorschriften des BBT zu befolgen. Sie warten jedoch nach wie vor auf einen Entscheid des BAG, um dies auch zu dürfen. Im Ergebnis blockieren sich zwei Bundesämter: eine absurde Situation!

Die abschlägige Empfehlung der KSR ans BAG ist nicht nachvollziehbar und bringt keinerlei Verbesserung des Strahlenschutzes. Dass sich das BAG durch eine letztlich nur beratende Kommission derart lähmen lässt und die Antwort auf einen vor einem Jahr gestellten, mit seinen Spezialisten vorbesprochenen Antrag schuldig bleibt, ist und bleibt unverständlich.

Hauptsächliche Quelle: Dr. M. Marchev, Präsident der kantonalen FMH-Delegierten für MPA-Fragen. *Erweiterte Röntgenkompetenz für MPA: Wo stehen wir?* Schweiz Ärztezeitung 2005;86(36): 2083–5. Vortrag Dr. Th. Matter.





# Basler Muskel-Colloquium «Myopathien in der Praxis»

Am Donnerstag, 8. Dezember 2005, findet am Universitätsspital Basel (Klinikum 1, Hörsaal 1) im Rahmen des Basler Muskel-Colloquiums eine ärztliche Fortbildung unter dem Titel «Myopathien in der Praxis» statt. Im Zentrum des Anlasses, der von 14 bis 17 Uhr dauert, stehen zwei Fachbeiträge: Im ersten Referat wird Prof. Dr. med. Jürg Lüttschg «Aktuelles aus der Diagnostik von Muskelerkrankungen» aufzeigen, im zweiten behandelt Prof. Dr. med. Jean-Marc Burgunder das Thema «Myopathien – Therapieansätze und zukünftige Entwicklungen». Dazwischen liest die Journalistin Ursula Eichenberger Passagen aus ihrem berührenden Buch «Tag für Tag – Was unheilbar kranke Kinder bewegt». Organisiert wird diese Fortbildung von der Neurologischen Universitätsklinik am Universitätsspital Basel (Vorsteher Prof. Dr. med. Andreas Steck und Oberarzt Dr. med. Adam Czaplinski) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Muskelkranke SGMK.

Neuromuskuläre Erkrankungen (Muskelkrankheiten im weiteren Sinne) umfassen eine Vielzahl unterschiedlicher, meist vererbter Krankheiten. Sie führen oft zu erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen mit Lähmungserscheinungen in verschiedenen Körperregionen. Muskelkrankheiten sind verbunden mit einer fortschreitenden Abnahme der Muskelmasse (im Volksmund daher «Muskelchwund» genannt), der Muskelkraft und der Muskelfunktion, wobei dieser Vorgang einen nach Zeit und Intensität sehr unterschiedlichen Verlauf zeigen kann. Die Betroffenen werden dadurch zunehmend beeinträchtigt. Die Symptome können auf wenige Muskelgruppen begrenzt bleiben oder auch, je nach Erkrankungsform, nach und nach die gesamte Muskulatur erfassen. Typischerweise kommt es zu Einschränkungen der Beweglichkeit, Gehunfähigkeit, Schluck- und Sprechschwierigkeiten sowie Atemstörungen. Jedes der verschiedenen Krankheitsbilder hat seine eigenen Besonderheiten hinsichtlich der Beschwerden, des klinischen Befundes, der notwendigen Diagnostik, der Prognose und der Therapie.

Um so wichtiger ist es daher, dass Ärztinnen und Ärzte über den aktuellen Stand bei Muskelkrankheiten informiert sind. Diese Fortbildung bietet dazu eine ideale Gelegenheit.

**Anmeldung:** Maya Rolli, Chefarztsekretariat Neurologie, Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel, Telefon 061 265 41 54, Telefax 061 265 41 98, E-Mail mrolli@uhbs.ch

Falls Sie in der Zwischenzeit Fragen haben oder Unterlagen zu bestimmten Muskelkrankheiten benötigen, wenden Sie sich bitte an die Schweizerische Gesellschaft für Muskelkranke SGMK, Kanzleistrasse 80, 8004 Zürich, Telefon 044 245 80 30, Telefax 044 245 80 31, E-Mail sgmk@sgmk.ch.

## Basler Muskel-Colloquium Programm

**Donnerstag, 8. Dezember 2005, Universitätsspital Basel  
Klinikum 1, Hörsaal 1, Spitalstrasse 21**

- ▶ 14.00–14.15 Uhr **Begrüssung**  
Prof. Dr. med. *Andreas Steck*, Chefarzt Neurologie, Universitätsspital Basel, und *Franziska Mattes*, Geschäftsführerin Schweizerische Gesellschaft für Muskelkranke SGMK
- ▶ 14.15–15.00 Uhr **Referat** «Aktuelles aus der Diagnostik von Muskelerkrankungen»  
Prof. Dr. med. *Jürg Lüttschg*, Chefarzt Neuropädiatrie, Universitäts-Kinderspital beider Basel
- ▶ 15.00–15.15 Uhr **Lesung** aus dem Buch  
«Tag für Tag – Was unheilbar kranke Kinder bewegt»  
mit *Ursula Eichenberger*, Autorin
- ▶ 15.15–15.45 Uhr **Kaffeepause**
- ▶ 15.45–16.30 Uhr **Referat** «Myopathien – Therapieansätze und zukünftige Entwicklungen»  
Prof. Dr. med. *Jean-Marc Burgunder*, Neurologie-Praxis, Bern, Externer Konsiliarius, Neurologische Klinik, Inselspital Bern
- ▶ 16.30–17.00 Uhr **Apéro**

# Samstag, 5. November 2005

## 14. Tennisturnier Med Indoors – für Kurzentschlossene

**Partnerschaftliches Turnier der Ärztesgesellschaft Baselland und der MedGes Basel**

Mit Unterstützung durch die Firma ROCHE PHARMA CH

- Organisation: Dr. med. Urs Marti, MedGes BS  
Dr. med. Walter Seelig, AeGes BL  
Daniel Eberle und Daniela Ruffer, Roche Pharma CH
- Datum, Zeit: Samstag, 5. November 2005, 13.30–19.00 Uhr
- Ort: Tenniscenter Paradies, Bettenstrasse 73, Allschwil  
(Tel. 061 485 95 80)
- Bodenbelag: Taraflex (Original-Swiss-Indoors-Belag),  
saubere Schuhe mit oder ohne Profil
- Kosten: Fr. 25.– (in bar, vor Ort zu Beginn des Turniers)
- Nachtessen: mit oder ohne Partner, im Anschluss an das Turnier im Paradies,  
Anmeldung siehe unten, Fr. 25.– pro Person



*Preisverleihung 2004 an Matteo Rossetto.*

### Anmeldung:

Vorname und Name:

E-Mail-Adresse:

Mitglied MedGes BS / AeGes BL:

Nachtessen ja/nein:

Anzahl Personen:

**Anmeldungen bis zum 20. Oktober 2005 per Fax: 061 335 26 09 oder  
E-Mail: [seelig@klinikbirshof.ch](mailto:seelig@klinikbirshof.ch)**

Bis bald und mit lieben Grüssen

Dr. med. Walter Seelig  
Ärztesgesellschaft BL

Dr. med. Urs Marti  
MedGes BS



# Bleistiftgespinste

## Ausstellung Werner Lutz

Dagmar Brunner

Der in Basel lebende Wort- und Bildkünstler Werner Lutz wird 75 Jahre alt. Die Galerie «Die Aussteller» zeigt rund 40 seiner neueren Werke.

Bei diesem Menschen ist nichts ganz eindeutig: Sein Vorname könnte auch sein Nachname sein und umgekehrt. Seine Buchtitel sind so poetisch wie bildhaft: Nelkenduftferkel, Hügelzeiten, Schattenschrittschreiten, Farbengetuschel. Seine Bilder schliesslich erinnern an Chiffren, geheime Schriftzeichen, die sich nicht ohne weiteres entziffern lassen. Überhaupt eignen sich weder Texte noch Bilder für den schnellen Konsum, sondern verlangen Aufmerksamkeit, Freude am genauen Hinsehen und Lauschen. Am Wortekosten und Bildertrinken, am Eintauchen in einen sinnlichen Kosmos, der auch Tief- und Abgründiges enthält. Danach ist man vielleicht ein wenig beschwipst ... «Am Türrahmen war ein Feldweg festgebunden. Er ringelte sich im Gras», heisst es z.B. schon auf der ersten Seite der Erzählung «Hügelzeiten». In seiner Lyrik begegnen uns «Wortvergeuder» und «Farbenquäler», «Gurgelgeister» und ein «Ziegenhaarhimmel», «Himbeerlippen» und ein «Wurzelstolperlachen». Diese Wortschöpfungen haben nichts Gekünsteltes, vielmehr sind es präzise Schilderungen von Beobachtungen und Erfahrungen, und sie entfalten eine beträchtliche Sog- und Langzeitwirkung wie Zauberformeln, die man nicht mehr vergisst.

### Zwischen Bewegung und Stille

Es passiert ja eigentlich nichts Spektakuläres in den Gedichten und der Prosa von Werner Lutz, seine Zuneigung gilt dem Naheliegenden, dem Alltag, dem Augenblick, die er schwebend leicht, klar und dicht zu würdigen weiss. Und zwar, wie es scheint, mit um so weniger Worten, je älter er wird. Alle diese Qualitäten finden sich auch in seinen Bildern, vor allem den Zeichnungen, auf die z.B. sein Wort «Bleistiftgespinste» wunderbar passt. Mit Graphit auf edlem Papier lässt Lutz – es sei wie eine Sucht, er könne, wenn er einmal begonnen habe, kaum mehr damit aufhören – Gebilde entstehen, die an



Pflanzliches, an Schattenspiele und Wolken, an Gesteinsoberflächen und Wasserläufe oder auch an tanzende Figuren erinnern. Eine anziehende Mischung aus Lebendigkeit und Ruhe, Kraft und Zartheit, die auch die Texte kennzeichnet. Und so bilden diese beiden künstlerischen Begabungen eine faszinierende Einheit und bleiben doch individuelle Äusserungen. Werner Lutz wird am 25. Oktober 75 Jahre

alt. Als Appenzeller lebt er seit vielen Jahren in Basel, wurde u.a. von Rainer Brambach gefördert, blieb aber immer ein Einzelgänger, «scheu und unstet», wie es Brambach formulierte. Er hätte sein Werk ohne weiteres besser vermarkten können, bevorzugte aber stets Verlage, wo das Büchermachen nicht nur ein Geschäft, sondern eine Leidenschaft ist. Seine Publikationen sind denn auch allesamt bibliophile Kleinode. In der Basler Galerie «Die Aussteller», die nun schwergewichtig Zeichnungen präsentiert, hat Lutz offenbar ideale Partner gefunden. Neben seinem malerischen Werk wird er an einer Lesung neue Texte präsentieren, die nächstes Frühjahr erscheinen sollen.

**Ausstellung «Zeichnungen und Bilder» von Werner Lutz: bis Sa 12.11., Galerie «Die Aussteller», St. Alban-Vorstadt 57.**

**Mi bis Fr 15.30–18.30, Sa 11.00–17.00. Der Künstler ist jeden Sa 14.00–16.00 anwesend.**

**Lesung von Werner Lutz (Einführung Tadeus Pfeiffer): Do 3.11., 18.30, Galerie «Die Aussteller».**

### ProgrammZeitung: Das Kulturmagazin für den Raum Basel

**Soeben erschienen: die 200. Ausgabe mit prominenten Jubiläumsbeiträgen**

Die ProgrammZeitung informiert Sie monatlich auf mehr als 70 Seiten über aktuelle Angebote in Kino, Theater, Musik, Literatur, Kunst und vieles mehr ... Seit über 18 Jahren berichtet die einzige unabhängige Kulturstimme der Region engagiert und kompetent über das kulturelle Geschehen im Raum Basel. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme, und in der Agenda finden Sie jeden Monat über 1500 ausgewählte Ausgehtips. Nutzen Sie die ProgrammZeitung als Begleiterin durch den Veranstaltungsdschungel!

Probeabo (3 Ausgaben, Fr. 10.–), Jahresabo (Fr. 69.–).

Ausserdem kostenlos: tägliche Kulturagenda per E-Mail. Bestellen Sie jetzt!

ProgrammZeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel

T 061 262 20 40, F 061 262 20 39, [abo@programmzeitung.ch](mailto:abo@programmzeitung.ch), [www.programmzeitung.ch](http://www.programmzeitung.ch)

# Neue Dienstleistung der BfA (Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme) und der DBL (Drogenberatungsstelle Baselland) für Ärzte und Spitäler

*Frau Dr. med. C. Aeschbach,  
Oberärztin DBL;  
Dr. med. H. Ebner, Präsident BfA*

In der Folgeplanung Psychiatrie war erhoben worden, dass die Erfassung und die Behandlung von Alkoholabhängigkeit im Kanton Baselland noch verbessert werden könnte. Insbesondere vergehen zwischen dem erstmalig problematischen Alkoholkonsum und der Zuführung zu einer spezialisierten Behandlung oft mehr als zwanzig Jahre!

Alkoholabhängige Menschen finden sich oft in den somatischen Spitälern oder bei Hausärzten und Hausärztinnen. Das Ansprechen auf die Abhängigkeit ist ein schwieriges Unterfangen, ist doch Substanzabhängigkeit immer noch Grund für grosse Scham- und Schuldgefühle, wohlgermerkt auf seiten des Abhängigen wie auch auf seiten des häufig vertrauten Behandlers. Aus der Erfahrung heraus, dass es Ärzten und Ärztinnen oft leichterfällt, mit einem Arzt oder einer Ärztin Kontakt aufzunehmen, und aufgrund der Tatsache, dass in der Behandlung von Abhängigkeit immer mehr medizinisches Wissen nötig ist, entstand nun eine Zusammenarbeit zwischen der Drogenberatungsstelle Baselland (DBL) und der Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA).

Die Kantonalen Psychiatrischen Dienststellen eine Ärztin an, die, fachlich eingebunden in die Drogenberatungsstelle und die BfA, ärztliche Leistungen er-



bringt. Finanzieren soll sich die Stelle selbst, d.h. durch das Erbringen von Leistungen zu Lasten der Krankenkassen mit einer Defizitgarantie durch die BfA. Das fachliche Wissen unserer neuen Kollegin, Frau Dr. med. M. Giger, soll auch den Hausärzten zur Verfügung stehen. Gerade wenn es z.B. um Entzugsbehandlungen, die Abklärung, ob diese stationär oder ambulant erfolgen sollen, um den Umgang mit psychiatrischer Komorbidität und andere häufig auftauchende

medizinische Probleme bei der Behandlung von Abhängigkeit geht, steht Frau Dr. Giger zur Verfügung.

Sie ist über die Sekretariate der Alkoholberatungsstellen in Münchenstein (061 411 04 55) oder Liestal (061 901 85 85) erreichbar. Wir hoffen, dass dieses Angebot für Sie nützlich ist und Sie rege davon Gebrauch machen.

# Aus dem Vorstand BS



## Klinische Demonstrationen

### St. Claraspital Basel

Das St. Claraspital Basel lädt wie gewohnt auch dieses Jahr zu klinischen Demonstrationen ein. Diese finden am Donnerstag, den 24. November 2005 von 16.00 bis 18.00 Uhr im Hotel Hilton am Aeschengraben 31 in Basel, im Auditorium der «Bäloise», statt. Mehrere Referentinnen und Referenten werden über verschiedene interessante Themen aus der chirurgischen und medizinischen Klinik berichten. Anschliessend an die Referate findet der gesellige Teil mit einem Apéro statt. Die Medizinische Gesellschaft empfiehlt Ihnen die Teilnahme an dieser Fortbildung. Eine detaillierte Einladung wird an alle Mitglieder der Medizinischen Gesellschaft, der Ärztesgesellschaft Baselland sowie an Kolleginnen aus der Region versandt.



## Tarmed, weiteres Vorgehen

Unser Tarifvertragspartner santésuisse hat den Tarmed-Anschlussvertrag, mit welchem die Tarifierung und das Abrechnungswesen für die Ärztinnen und Ärzte zu Lasten der sozialen Krankenversicherer (KVG) im Kanton Basel-Stadt geregelt wird, fristgerecht per 31. Dezember 2005 gekündigt. Die Parteien haben den Willen geäussert, eine Leistungskostenvereinbarung (LeikoV) abzuschliessen. Diese wird auf Bundesebene zwischen G7, einer Verhandlungsgruppe der FMH aus Kantonalpräsidenten und santésuisse ausgehandelt. Die Kantone können danach kantonsspezifische Details vereinbaren. Bevor diese kantonale LeikoV jedoch verabschiedet werden kann, müssen in Basel-Stadt mit santésuisse noch zahlreiche Fragen geklärt werden. Die ausgehandelte Vereinbarung wird danach der Mitgliederversammlung vorgelegt und dann vom Regierungsrat genehmigt werden müssen. Wann die Mitgliederver-

sammlung stattfinden kann, ist noch offen, die Verhandlungen sind abzuwarten. Der vorläufig reservierte Termin vom 17. November 2005 wird somit storniert. Sollte bis Ende Jahr kein neuer Vertragsabschluss vorliegen, käme Art. 47 Abs. 3 KVG zum Tragen: «Können sich Leistungserbringer und Versicherer nicht auf die Erneuerung eines Tarifvertrages einigen, so kann die Kantonsregierung den bestehenden Vertrag um ein Jahr verlängern. Kommt innerhalb dieser Frist kein neuer Tarifvertrag zustande, so setzt die Kantonsregierung nach Anhören der Beteiligten den Tarif fest.» Wir werden unsere Mitglieder auf jeden Fall weiterhin auf dem laufenden halten.



## Aufruf Versicherer (CSS und Helsana) betr. Systemwechsel Tiers garant – Tiers payant

Wir haben unsere Mitglieder schon mehrfach davor gewarnt, einem Systemwechsel vom Tiers garant in den Tiers payant zuzustimmen. Die Kantonalen Ärztesgesellschaften Zürich und Bern haben die CSS bzw. die Helsana, welche den Ärzten den Systemwechsel vorgeschlagen haben, vor Gericht gezogen. Ein Systemwechsel ist erstens vertragswidrig, und zweitens kann er für die Ärzte und v.a. auch für die Patienten von grossem Nachteil sein. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet ein Wechsel in den Tiers payant die zunehmende Abhängigkeit von den Kassen, was zu einem finanziellen Klumpenrisiko führt. Darum gilt heute nur mehr in fünf Kantonen der Tiers payant (und diese sind daran, einen Systemwechsel anzustreben, vgl. Artikel in SÄZ 39, S. 2227). Knapp 90% der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte haben über ihre Organisation in den letzten Jahrzehnten zum Tiers garant gewechselt! Verlieren wir den Tiers garant, dann droht uns die eben gewonnene Datenparität wieder zu entgleiten. Sollte in den kommenden Mona-

ten ein vertragsloser Zustand eintreten, dann wäre dieser für uns – ohne Tiers garant – schwierig durchzustehen. Auch wegen des Datenschutzes gegenüber den Patienten ist es richtig, wenn der behandelnde Arzt die Rechnung zuerst seinen Patienten schickt, damit dieser entscheiden kann, ob er die Rechnung überhaupt beim Versicherer zur Rückvergütung einreichen will.



## Neue Dienstleistung auf [www.medges.ch](http://www.medges.ch)

Aufgrund von zahlreichen Anfragen betr. Praxiskauf und -verkauf haben wir auf [www.medges.ch](http://www.medges.ch) unter Praxismarkt eine Seite eingerichtet, auf welcher man sich eintragen kann, wenn man einen Praxisnachfolger sucht oder sich für eine Praxisübernahme interessiert. Es wurden bereits einige Eintragungen vorgenommen.



## Notfalldienststörung

Die Notfalldienststörung der MedGes wurde von der Kommission für den Notfalldienst revidiert und den Obleuten zur Vernehmlassung unterbreitet. Jene Fachgruppen, die bis Ende August ihre Vernehmlassung eingereicht haben, werden zu einem Gespräch mit der Kommission eingeladen. Danach wird der Vorstand über die Notfalldienststörung befinden.



## MedGes-Fortbildungsnachmittag

Der nächste MedGes-Fortbildungsnachmittag findet statt am 12. Januar 2006 zum Thema «Wie kann ich wirksam verhindern, dass jemand sich schadet? Prävention in Medizin und Schule». Bitte merken Sie sich das Datum vor. Die Einladung finden Sie unter [www.medges.ch](http://www.medges.ch).



## Neue Beitragssätze 2005 der Familienausgleichskasse für Medizinalpersonen

Die Beitragssätze 2005 der Familienausgleichskasse bleiben für die Ärzte Basel-Stadt unverändert bei 1,2%. Zum Vergleich: Die Kantonale Familienausgleichskasse Basel-Stadt erhebt einen FAK-Beitrag von 1,5%.

## Ihre Meinung interessiert uns!

*Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter [synapse@emh.ch](mailto:synapse@emh.ch).*

# Aus dem Vorstand BL

## Generalversammlung am Donnerstag, 17.11.2005, 15.00 Uhr, Hotel Engel Liestal

Neben wichtigen Themen wie Notfalldienst, Tarmed-Vertrag und Selbstdispensation stehen diesmal auch Wahlen für die neue Amtsperiode 2006 bis 2008 an. Bitte reservieren Sie sich diesen Termin schon heute.

## Tiers garant in BL ist gültig und sinnvoll

Entgegen den verlockenden Sirenen gesängen einzelner Kassen ist im geltenden Vertrag zwischen der Ärztesgesellschaft BL und santésuisse klar geregelt, dass bei uns der Tiers garant gilt. Die Rechnung ist also dem Patienten zu stellen und nicht direkt der Kasse. Dafür sprechen unzählige Gründe standespolitischer Natur, aber auch die rationale Beurteilung der andernfalls entstehenden Abhängigkeit vom Klumpenrisiko Krankenkasse. *Schon haben einzelne Kassen in solchen Fällen versucht, die Auszahlung des Rechnungsbetrags um 10% zu kürzen mit dem Argu-*

*ment, dass ja nun das Inkassorisiko für den Arzt dahinfalle!*

Der Vorstand ist gerne bereit, Kolleginnen und Kollegen, die den Tiers payant (vertragswidrig) bereits angewendet haben, über die Vorteile des weiterhin gültigen Tiers-garant-Systems persönlich zu informieren. Das Tiers-garant-System funktioniert auch bei elektronischer Rechnungsstellung, beispielsweise über die ärztlichen Trustcenter, ausgezeichnet. Dieser Ablauf genügt in jeder Hinsicht den Anforderungen des Datenschutzes, was beim Tiers-payant-System nicht der Fall ist, weil der Patient als «Datenherr» schlicht übergangen wird.

## Tarmed-Anwendung

Wiederholt gingen bei unserem Ombudsmann Patientenreklamationen betreffend die Anwendung des Tarmed ein. Der Vorstand erinnert daran, dass für die Erstellung der Rechnung in der Praxis keine Tarifposition existiert und dies nicht mit der Position 00.0140 (Leistung in Abwesenheit) abgerechnet werden kann. Die Fakturierung ist bereits durch die «Tech-

nische Leistung» der Grundleistungspositionen (z.B. 00.0010 etc.) abgegolten.

## Keine Einzelverträge mit santésuisse für Paramedics!

Auf Grund unvereinbarer Positionen zwischen FMH und santésuisse sind die Verhandlungen über die Entgeltung von in Arztpraxen angestellten «Paramedics» abgebrochen worden. santésuisse versucht nun, ihre inakzeptablen Bedingungen über Einzelverträge durchzusetzen. Der Vorstand empfiehlt, sich vor Abschluss solcher Einzelverträge mit dem Rechtsdienst der FMH in Verbindung zu setzen. Die FMH will eine Tarifsenkung von 20% sowie die Herausgabe von detaillierten Dignitätsdaten der Ärzte nicht hinnehmen.

## Nationaler Grippeimpftag am 4. November 2005

Das Kollegium für Hausarztmedizin KHM nimmt Meldungen von Praxen entgegen, welche am zweiten Nationalen Grippeimpftag teilnehmen wollen, und wird diese Adressen im Internet veröffentlichen. Bitte Meldung an Herrn Dr. Ueli Grüninger, Geschäftsstelle KHM, Landhausweg, 3007 Bern 26, [www.kollegium.ch](http://www.kollegium.ch).

## Impressum

### Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse  
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2  
4415 Lausen, [synapse@emh.ch](mailto:synapse@emh.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 achtmal jährlich

### Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

### Inseratenregie

pharma media promotion, K. Hess  
Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2  
Tel. 041 760 23 23, Fax 041 760 23 27  
E-Mail: [info@pharma-media-promotion.ch](mailto:info@pharma-media-promotion.ch)  
[www.pharma-media-promotion.ch](http://www.pharma-media-promotion.ch)

### Schwabe AG

Chantal Schneeberger  
Frankfurt-Strasse 14, Postfach 340  
4008 Basel  
Tel. 061 333 11 07, Fax 061 333 11 06  
E-Mail: [c.schneeberger@schwabe.ch](mailto:c.schneeberger@schwabe.ch)



### 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](mailto: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](mailto:info@medges.ch)

### 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](mailto:christoph.itin@hin.ch)) anmelden.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 9. November 2005

