



Synapse

Die Synapse und den Fortbildungskalender finden Sie unter

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

www.aerzte-bl.ch
www.medges.ch



Leitartikel

Die Redaktion der Synapse wollte es wissen: Wie funktioniert das mit den DRG eigentlich? Wir danken Herrn Regierungsrat Dr. Carlo Conti, dass er unserer Leserschaft kompetent, klar und verständlich die wichtigsten Regelungen darstellt. Ein ganz heisses Eisen wird die Auswirkung auf die ambulante Medizin sein. Was wären die Folgen, wenn ambulante und stationäre Spitalleistungen gemeinsam unter die Pauschale fallen würden, die ambulante Spitalmedizin also nicht mehr nach TARMED abgerechnet würde? Was würde das für die angestrebte ambulante Tarifregion BS/BL bedeuten? Beschlossene Sache ist dies zwar nicht, aber ...

(Dr. Lukas Wagner)

DRG – Auswirkungen auf die ambulante Medizin



Regierungsrat
Dr. Carlo Conti,
Verwaltungsrats-
präsident der
SwissDRG AG, Vize-
präsident der GDK

1. Die neuen Regelungen der Spitalfinanzierung

Am 21. Dezember 2007 hat das Bundesparlament in der Schlussabstimmung die neuen Bestimmungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) zur Spitalfinanzierung beschlossen. Ein Referendum wurde nicht ergriffen, womit die Neuregelung am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Die Einführung sowie die Anwendung der neuen Finanzierungsregelungen müssen spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein.

Die neuen Bestimmungen im Krankenversicherungsgesetz bringen einen tiefgreifenden Wandel im Spitalwesen mit sich.

Die wichtigsten Änderungen umfassen die folgenden Punkte:

- Leistungsfinanzierung nach Vollkostenprinzip, d.h. inklusive der An-

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Interview zur Prävention in Basel 5
- Das interdisziplinäre Knochen und Weichteiltumorzentrum der Universität Basel (KWUB) 7
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 10

Editorial

DRG – Auswirkungen auf die ambulante Medizin!

Die von Herrn Regierungsrat Conti in dieser Nummer beschriebene Regelung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) wird nicht allseits so positiv beurteilt wie von ihm selbst. Dass der Trend in die Ambulanz von den Patienten gewünscht sei, kann ich jedenfalls in dieser Verallgemeinerung nicht bestätigen. Wer von einer «blutigen Entlassung» redet, wäre vielleicht gern noch in stationärer Obhut, muss aber (zu) früh ambulant gehen.

Wie auch immer: Die DRG werden den Druck Richtung ambulante Medizin verstärken. Was an Kosten im Spital (vielleicht) eingespart wird (z.B. durch nicht durchgeführte stationäre Physiotherapie), wird im ambulanten Bereich Kosten auslösen (z.B. durch vom nachbetreuenden Arzt verordnete Physiotherapie). «Im ambulanten Bereich» bedeutet: in den Ambulatorien der Spitäler, aber auch (und wahrscheinlich vor allem) bei den niedergelassenen Hausärzten.

Wir niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verlangen darum (und schon länger), dass dieser durch DRG ausgelöste Zufluss in die ambulante Medizin statistisch erfasst und

durch Bereinigungen in der Tarifberechnung berücksichtigt wird. Geschieht dies nicht, wird diese gesundheitsökonomische Strukturänderung den Niedergelassenen als Mengenausweitung angehängt und mit einer Reduktion des Taxpunktwertes bestraft werden. Zu Deutsch: mehr Arbeit bei geringerer Vergütung und gleichzeitiger Verunglimpfung als notorische Kostentreiber!

Wird ein Sammeltopf «Spitalleistungen stationär und ambulant» eröffnet, wird der wahre Ablauf verschleiert: Man geht dann davon aus, dass jeder stationäre Spitalpatient auch ein ambulanter Spitalpatient wird. Per Planungsspiel wird sich also bei den Niedergelassenen nichts ändern. Der Patientenstrom wird sich aber mit Sicherheit nicht gemäss den Planungs-ideen verhalten und zum Hausarzt zurückkehren wollen. (Was ja nebenbei gesagt im Planungsspiel «Managed Care» auch so vorgesehen wäre. Also zwei in sich unverträgliche gesundheitspolitische Szenarien!)

Die in freier Praxis tätigen Ärzte verlangen deshalb mit Nachdruck, dass erstens vorerst nur die DRG eingeführt werden und

→ Fortsetzung Seite 3

lagenutzungskosten (Subjektfinanzierung).

- Separate Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen sowie der Kostenanteile aus Lehre und Forschung.
- Gleichstellung der auf den kantonalen Spitalisten geführten öffentlichen und privaten Leistungserbringer (Wegfall der Defizitgarantie).
- Freie Spitalwahl für die Patientinnen und Patienten, sowohl inner- als auch ausserkantonal.

Gleichzeitig werden aufgrund der Neuregelung Pauschalen festgelegt, die leistungsbezogen sind, auf dem Vollkostenprinzip basieren und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Für den akut-somatischen Bereich sind dies SwissDRG («Diagnosis Related Groups», diagnosebezogene Fallpauschalen) mit einem schweizweit einheitlichen Vergütungssystem für alle akut-somatisch tätigen Leistungserbringer. Die Vereinheitlichung mittels SwissDRG ermöglicht, dass Kosten für medizinische Leistungen in den Spitälern vergleichbar und transparent werden. Dadurch wird eine leistungsgerechte Vergütung ermöglicht, welche zu einem ökonomisch tragbaren Gesundheitswesen beiträgt. Ferner vereinfachen die Pauschalen die kantonsübergreifende Spitalplanung und fördern die Prozessorientierung innerhalb des Spitals und zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Damit stärken sie die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Institutionen.

Mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz erfolgt ein Paradigmenwechsel weg vom Kostendeckungsprinzip und der Objektfinanzierung (Subjektfinanzierung). Zudem fallen auch die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern und damit staatliche Defizitgarantien weg. Die freie Spitalwahl wird eine gegenseitige Abstimmung der kantonalen Bedarfsplanungen bedingen und Kooperationen und gemeinsame Körperschaften über die Kantonsgrenzen hinweg fördern. Zudem werden sich die Patienten bei der Spitalwahl an qualitativ herausragenden Leistungen orientieren, wodurch ein Qualitätswettbewerb unter den Spitälern entsteht.

2. Regelungen im spitalambulanten Bereich

Anders als in anderen Ländern können die Spitäler in der Schweiz neben einem stationären Angebot auch ambulante

Editorial (Fortsetzung von Seite 1)

dass zweitens genaue Statistiken geführt werden, bei denen die Kostenverringerung in den Spitälern mit der Kostensteigerung in der ambulanten Medizin verknüpft und beides mit den Zahlen vor Einführung der DRG verglichen wird. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse muss die gesteigerte ambulante Nachfrage in einer Anpassung des Kostenkorridors abgebildet werden, um

Leistungen erbringen. Diese werden nach einem Einzelleistungstarif (TARMED) vergütet. Im Gegensatz zum stationären Sektor wird der ambulante Bereich ganz aus Prämiegeldern finanziert. Anders als im stationären Bereich haben die Kantone gemäss KVG keine Möglichkeiten, im ambulanten Bereich regulierend einzugreifen.

Der spitalambulante Bereich ist der Bereich mit den höchsten Wachstumsraten. Im Jahr 2008 ist der Bereich Spital ambulant schweizweit so stark gewachsen wie seit Jahren nicht mehr. Mit 12,7 Prozent Wachstum übertrifft er sogar den langjährigen Durchschnitt von 9,0 Prozent. Knapp ein Drittel des gesamten Kostenwachstums 2008 geht auf das Konto des Bereichs Spital ambulant. Mit der Einführung von SwissDRG im stationären Bereich wird der Trend zur Verlagerung in den ambulanten Bereich noch intensiviert. Die Spitäler werden versuchen, Leistungen ausserhalb der DRG-Pauschale separat im spitaleigenen ambulanten Bereich via TARMED abzurechnen. Diese Verlagerung ist jedoch zum Teil auch von den Patientinnen und Patienten gewünscht. In der Schweiz ist zudem auch ein Trend zur Verschiebung der Finanzlast auf den Prämienzahler spürbar. Gemäss dem Ergebnis einer Studie der OECD ist in der Schweiz das hohe finanzielle Engagement der Versicherten auffallend. In der Schweiz tragen die Patientinnen und Patienten 40,7% der Gesundheitskosten selber. In den übrigen OECD-Ländern übernimmt der Staat den grössten Teil der Kosten, die Versicherten tragen lediglich rund 27,2% der Ausgaben selber. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz zwischen den Jahren 2000 und 2007 um «nur» rund 2,1% gestiegen sind, das OECD-Mittel jedoch 3,7% beträgt.

3. Gefahren und Risiken bei der Einführung von SwissDRG

Wie bereits erwähnt, ist eine grosse Sorge bei der Einführung von SwissDRG die Verschiebung von Leistungen in vor- oder nachstationäre Bereiche (Spital-

eine Übervorteilung der niedergelassenen Ärzte zu verhindern.

Seien Sie versichert, geschätzte Leserin, geschätzter Leser, dass die freie Ärzteschaft sich nicht weiter übervorteilen lassen wird!

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Vorstandsmitglied Med. Ges. Basel

ambulatorien oder Rehabilitationseinrichtungen). Wie jedoch in den letzten Jahren zu beobachten war, zielen der Fortschritt der Medizin sowie auch der Wunsch der Patientinnen und Patienten schon in diese Richtung, also hin zur Verlagerung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich. Die Einführung von SwissDRG wird diesen Trend also nur verstärken.

4. Lösungsmöglichkeiten

Der Tendenz der Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich muss durch integrierte Versorgungsketten begegnet werden. Es braucht eine Behandlungskette für den ganzen Behandlungspfad (ambulant / akut / Reha usw.). Der angesprochenen Tendenz müssen jedoch auch die Finanzierungsregeln folgen. Es braucht daher ein einziges Abgeltungssystem, ohne Rücksicht darauf, ob die Leistungen stationär oder ambulant erbracht werden. Der Verlagerung zum ambulanten Bereich könnte z.B. mit der Einführung eines Fallpauschalensystems, welches auf den ganzen Spitalbereich anwendbar ist, begegnet werden. Die Spitäler würden somit selber entscheiden, ob sie Leistungen ambulant oder stationär erbringen. Verschiebungen zwischen den beiden Sektoren aufgrund von finanziellen Überlegungen würden somit obsolet. Eine Folge davon wäre die Mitfinanzierung durch die Kantone im ambulanten Bereich, was jedoch auch eine Steuermöglichkeit der Kantone in diesem Bereich mit sich bringt. Die Umstellung auf dieses Modell hätte jedoch auch zur Folge, dass der ab 2012 geltende Finanzierungsschlüssel (mind. 55% Kantone, max. 45% die Versicherer) modifiziert werden müsste, um die Umstellung für die Kantone insgesamt kostenneutral durchführen zu können. Nur durch diese neue Finanzierungsart kann der Verschiebung von Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich begegnet und der «Prämienexplosion» ein Riegel geschoben werden.

Interview zur Prävention in Basel

Fragen an Dr. med. Thomas Steffen, Präventivmediziner, Leiter der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt, gestellt von Dr. Alexandra Prünte

Thomas Steffen, Sie leiten die Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, welche den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (vormals Schulärztlicher Dienst) und die Gesundheitsförderung Basel-Stadt umfasst. Was haben unsere Ärzte/Ärztinnen sich unter der heutigen schulärztlichen Arbeit vorzustellen?



Die klassischen schulärztlichen Tätigkeiten wie Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen und Impfungen haben auch heute noch grosse Bedeutung, wenn es darum

geht, die Gesundheit der Schulkinder zu fördern und schützen. Die heutige Schulärztin oder der Schularzt muss aber auch ein Flair für Projektmanagement und Prozesssteuerung haben. So kamen schweizweit bekannte Präventionskampagnen wie «Burzelbaum – bewegter Kindergarten» oder «Mix-your-Life – moderne Sexualpädagogik» nur dank dem grossen Engagement von Schulärztinnen und -ärzten zustande.

Was ist anders als früher und wird oft von Aussenstehenden falsch gesehen?

Zwei überholte Begriffe, «das Schularztamt» und «die Reihenuntersuchungen»,

galt es in den letzten Jahren zu korrigieren. Zwar gibt es das Schularztamt seit Mitte der 90er Jahre nicht mehr, aber der Begriff «Amt» suggerierte noch lange schwere, dunkle Amtsstuben, um die man am besten einen Bogen macht. Die heutige Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention versteht sich als kundenorientierter Dienstleistungsbetrieb in der Verwaltung Basel-Stadt. So gehört unsere Jugendgesundheitshomepage www.mixyourlife.ch zu den modernsten Verwaltungshomepages in der Schweiz überhaupt. Auch der veraltete Begriff «Reihenuntersuchungen» lässt das Bild von langen Schülerreihen aufkommen, welche auf die Untersuchung warten. Solche nicht individualisierten Klassenuntersuchungen gibt es aber schon lange nicht mehr.

Wo liegen heute die Schwerpunkte bei der schulärztlichen Betreuung der Kindergartenkinder und Schüler/-innen im Kanton Basel-Stadt? Was sind für Euch die wichtigsten Anliegen?

Die Schulärztinnen und Schulärzte sind in Gesundheitsfragen ein wichtiges Bindeglied zwischen Kindern, Jugendlichen, Eltern, den privaten Ärztinnen und Ärzten und der Lehrerschaft. Am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich, wie wichtig diese verbindende Arbeit ist. So muss beispielsweise aufgrund der schulärztlichen Vorsorgeuntersuchung jedes fünfte Kind im Kindergarten zu einer Kontrolle oder weiteren Abklärung an den eigenen Kinderarzt, die eigene Kin-

derärztin überwiesen werden. Rund 10% der untersuchten Schülerinnen und Schüler müssen wegen eines ophthalmologischen Befundes zum Augenarzt, zur Augenärztin. Dass diese Untersuchungen nicht nur wichtig sind, sondern von den Eltern auch als sinnvolle Ergänzung zur privatärztlichen Betreuung gesehen werden, zeigt sich darin, dass in den letzten Jahren konstant 98% der Kinder an diesen freiwilligen Untersuchungen teilnehmen.

Gibt es Trends, welche sich abzeichnen und überregional oder sogar länderübergreifend zu beobachten sind?

Die Gewährleistung eines gesunden Lebensanfangs, die Verringerung der suchtmittelbedingten Schäden, die Verbesserung der psychischen Gesundheit und die Sicherung einer nachhaltigen Gesundheitsförderung für alle sind einige der grossen Trends auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung. Häufig werden heute Strategien auf diesen Gebieten international entwickelt und dann national und regional adaptiert umgesetzt. Dies ist gut so, weil verschiedenste Einflussfaktoren auf die Gesundheit heute nicht mehr als isolierte Einzelprobleme wahrgenommen werden können.

Was muss heute ein Student, eine Studentin der Medizin über Prävention und Gesundheitsförderung wissen?

Moderne Gesundheitsförderung und Prävention verlangt neben der indivi-

duumbezogenen Sicht nach einer bevölkerungsbezogenen Handlungsperspektive. Daneben müssen verschiedenste Erkenntnisse aus unterschiedlichen Fachrichtungen, wie beispielsweise der Gesundheitspsychologie, der Sportwissenschaft, der Kommunikations- und Organisationslehre, in die Aktivitäten einbezogen werden. Hier zeigt sich gerade im Medizinstudium noch ein erhebliches Entwicklungspotential. Dieses sollte in zukünftigen Reformen näher ausgelotet werden.

Eure Broschüren sind mit Fotos und Cartoons aufgelockert und werden so sehr gut aufgenommen. Wie erreicht man Eltern von Schulkindern am besten, speziell auch Eltern aus dem Ausland, wenn es um heikle Themen wie beispielsweise den Konsum von Alkohol und ungesundem Fastfood geht?

Grundsätzlich verteilen wir Broschüren und anderes Informationsmaterial nie isoliert. Sie sind immer eingebettet in andere Aktivitäten wie Beratung, praktische Angebote und weiterführende Informationen. Daneben arbeiten wir an speziellen Informationskanälen für be-

sondere Zielgruppen. So führen wir beispielsweise regelmässig Veranstaltungen speziell für Migrantinnen und Migranten durch, oder wir informieren in enger Zusammenarbeit mit anderen wichtigen Partnern im Gesundheitswesen wie den Hausarztpraxen und den Apotheken.

Wie gestaltet sich Eure Zusammenarbeit mit den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten? Wie erhaltet Ihr Feedbacks?

Seit vielen Jahrzehnten arbeiten die Schulärztinnen und Schulärzte eng mit den praktizierenden Kolleginnen und Kollegen zusammen. Dabei bestehen intensive Kontakte zu verschiedensten Fachrichtungen. Im Vordergrund stehen bei der schulärztlichen Arbeit natürlich Kinderärzte/-ärztinnen, Hausärzte/-ärztinnen und Augenärzte/-ärztinnen. Aber gerade auch bei Projekten für die erwachsene Bevölkerung entstehen immer neue tragende Netzwerke. So konnte dieses Jahr u.a. zusammen mit einer Hausärztvertreterin und einem Vertreter der Psychiater/-innen ein Netzwerk zur Förderung der psychischen Gesundheit

gegründet werden. Diese enge Zusammenarbeit ist für uns enorm wichtig. Auf dieser Basis können wir gemeinsam vieles für die Gesundheit der Basler Bevölkerung tun.

Wo können wir praktizierenden Ärzte/Ärztinnen mehr Unterstützung zeigen und besser kooperieren mit Stellen, welche öffentliche Gesundheit und Prävention betreiben?

Aus persönlicher Erfahrung und vielen Gesprächen dazu mit Kollegen/-innen habe ich den Schluss gezogen, dass zeitweilige Seitenwechsel sehr anregend sein können. Vieles wird verständlicher, und manches kann so vorangetrieben werden. So engagiere ich mich persönlich seit rund 20 Jahren für ärztliche Berufsfragen in verschiedensten regionalen und nationalen Gremien und habe so viel Kontakt mit praktizierenden Kollegen/-innen. Ich profitiere sehr von diesen Kontakten, da auf diese Weise mein Verständnis für das Gesundheitswesen als Ganzes vergrössert wird, und ich kann deshalb dieses Sicheinlassen auf neue, vielleicht fremde Themen nur empfehlen.

Was ist das Schwierigste an Ihrer Tätigkeit und was das Schönste?

Schwierig finde ich immer wieder die Erkenntnis, dass Prävention häufig an ihrem eigenen Erfolg stirbt. Kaum erscheint ein Problem mit präventiven Mitteln aktuell als gelöst, entsteht das Gefühl, die unternommenen Bemühungen seien wohl gar nicht mehr nötig. Die Gefahr ist dabei gross, dass dies der Startpunkt für das Wiederaufflackern der Schwierigkeiten ist, die im Moment keine grösseren Probleme machen. Prävention sollte also generell nachhaltig geplant und eingeführt werden, damit sie sich nicht in kurzfristigen Feuerwehrlübungen verliert.

Kontaktadresse:

Dr. med. Thomas Steffen
Leiter Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel
Tel. 061 267 45 20, E-Mail: g-p@bs.ch
Internet:
www.gesundheitsdienste.bs.ch

Einer der schönsten Punkte in meiner Arbeit ist der Kontakt mit vielen Menschen. Sei es mit dem Kindergartenkind, welches stolz seine Znünibox mit dem gesunden Znüni zeigt, dem Senior, welcher sich für Gesundheitsförderung im Alter engagiert, dem Jugendlichen, welcher an einem Alkoholpräventionsprojekt mitarbeitet, oder dem Ladenbesitzer, mit dem wir Jugendschutzmassnahmen beim Alkohol- und Tabakverkauf besprechen. Die Kontakte zeigen immer wieder, wie viel Positives sich bewegen lässt, wenn man sich ein gemeinsames Ziel setzt.

Wie stark wirkt sich Prävention aus bezüglich Lebenserwartung?

Mehr als 50% der im aktiven Erwachsenenalter auftretenden Krankheiten und Behinderungen sind durch unsere Verhaltensweise und unseren Lebensstil bedingt und deshalb der Prävention zugänglich. So führt beispielsweise der Tabakkonsum zu elf verlorenen oder mit Behinderung verbrachten Lebensjahren. Der Bluthochdruck und der übermässige Alkoholkonsum zu je sieben, das Übergewicht zu sechs und körperliche Inaktivi-

tät und geringer Gemüse- und Früchtekonsum zu je zwei verlorenen oder mit Behinderungen verbrachten Lebensjahren. Gemeint sind dabei – und das mag erstaunen – immer Lebensjahre vor dem siebzigsten Altersjahr. Das Präventionspotential, die Beispiele zeigen es, ist also sehr hoch, und wir können es noch viel stärker als heute nutzen.

Noch ein paar Worte zu Ihren persönlichen Steckenpferden: Haben Sie einen ganz persönlichen Gesundheitstipp?

Gerade beim Stichwort Steckenpferde fällt mir ein, dass ein wichtiger, nicht selten vergessener Tipp der Erhalt der eigenen Neugier, des persönlichen Engagements für ganz unterschiedliche Anliegen ist. Wer aktiv ist und sich engagiert, tut ganz automatisch etwas für seine Gesundheit. Ich nehme mir beispielsweise jährlich ein sogenannt persönliches Projekt vor, sei es ein Klassentreffen zu organisieren oder das Fotografieren als Hobby zu reaktivieren. Manchmal braucht dies einen Ruck, aber gelohnt hat es sich bisher jedes Mal.

Besten Dank für das Interview.

Fortbildung

Das interdisziplinäre Knochen- und Weichteiltumorzentrum der Universität Basel (KWUB)

Prof. Dr. Fritz Hefti, Chefarzt, Kinderorthopädische Universitätsklinik Universitätskinderspital beider Basel (UKBB)

Tumoren am Bewegungsapparat sind selten. Ihre malignen Varianten repräsentieren nur ca. 2% aller bösartigen Geschwülste – im Vergleich zu den häufigen Karzinomen wie Mamma- oder Prostatakarzinom sind sie eine ausgesprochene Rarität. Ein Allgemeinpraktiker wird vielleicht unter etwa 10 000 Erkrankungen nur einen solchen Tumor sehen. Die Klassifikation der WHO unterscheidet 54 Arten von Knochen- und 83 von Weichteiltumoren. Es handelt sich also nicht nur um seltene Tumoren, sondern sie treten auch in grosser Variabilität auf. Hinzu kommt das Problem, dass

der Bewegungsapparat ein sehr grosses Organ mit sehr unterschiedlichen anatomischen Anteilen ist, weshalb Diagnostik und Therapie solcher Tumoren sehr komplex und anspruchsvoll sind.

Interdisziplinäres Zentrum wegen Seltenheit der Tumoren und Komplexität der Behandlung

Aus diesem Grund wurde vor fünf Jahren an der Universität Basel vom Schreibenden zusammen mit dem Pathologen G. Jundt das interdisziplinäre Knochen- und Weichteiltumorzentrum (KWUB) gegründet. Alle an der Diagnostik und Behandlung solcher Tumoren beteiligten Ärzte treffen sich seither 14-täglich am Dienstag um 17.30 Uhr im Institut für Pathologie und besprechen die aktuellen Fälle. Sinnvoll ist dies schon vor der Ein-

leitung von aufwendiger Diagnostik, da diese dann gezielter erfolgen kann.

Da die bösartigsten Formen der Sarkome (Osteo-, Ewing-, Rhabdomyosarkom) typischerweise bei Kindern und Jugendlichen auftreten, hat sich die Tumorbehandlung primär im Kinderspital resp. im UKBB entwickelt. Die Behandlungskompetenz wurde vom UKBB auch für Erwachsene zur Verfügung gestellt. In den letzten 10 Jahren wurden (v.a. im Kantonshospital Bruderholz, aber auch im Universitätsspital) Hunderte von erwachsenen Patienten durch die Ärzte des UKBB behandelt. Mit dem KWUB haben wir ein Forum geschaffen, welches die Kompetenzen sowohl der Kinder- wie auch der Erwachsenenmediziner vereint. Das KWUB ist Teil des Behandlungszentrums Bewegungsapparat am Universitäts-

spital, und es wurde als eines von bislang erst vier interdisziplinären Behandlungszentren von der internationalen Arbeitsgemeinschaft für Knochentumoren (AGKT) anerkannt.

Symposium vom 20. Mai

Am 20. Mai dieses Jahres hat sich das KWUB im Rahmen eines kleinen Symposiums der interessierten Öffentlichkeit vorgestellt. Vortragende waren die Mitglieder des KWUB und ein sehr prominenter Gastredner. U. Studler (Radiologe am USB) sprach zum Thema «Braucht es für die Tumordiagnostik einen spezialisierten Radiologen?» und konnte klar zeigen, dass sich ein Radiologe intensiv mit der Problematik der Knochen- und Weichteiltumoren beschäftigen muss, um für den Kliniker wertvolle Aussagen machen zu können.

Im Anschluss sprach G. Jundt, der auf Knochen- und Weichteiltumoren spezialisierte Pathologe an der Universität Basel und Leiter des seit 1972 bestehenden Knochentumor-Referenzzentrums der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie, in welchem inzwischen mehr als 15 000 Knochentumoren registriert sind. Er wies auf die Schwierigkeiten der Klassifikation bei der grossen Vielfalt der Läsionen hin. Biologische Erkenntnisse führen auch dazu, dass die therapie-relevante Klassifikation immer weiter verfeinert, gelegentlich auch geändert wird. Herr Jundt zeigte auf, dass der Tumor nicht überall die gleiche Morphologie aufweisen muss. Wird die Biopsie nicht an der «richtigen» Stelle entnommen, so entsteht ein völlig falsches Bild, was fatale Folgen haben kann.

M. Paulussen, Onkologe am UKBB, sprach über das Thema «Gibt es neue Ansätze in der Chemotherapie?» Die Chemotherapie ist in den vergangenen 30 Jahren zu einem regelrechten Siegeszug angetreten und ist hauptverantwortlich dafür, dass gerade bei den hochmalignen Sarkomen (Ewing-, Osteosarkom) heute Überlebensraten von 60–70% möglich sind, während sie vorher bei 10–15% lagen. Die wichtigsten Therapieprotokolle wurden Anfang der 80er Jahre konzipiert

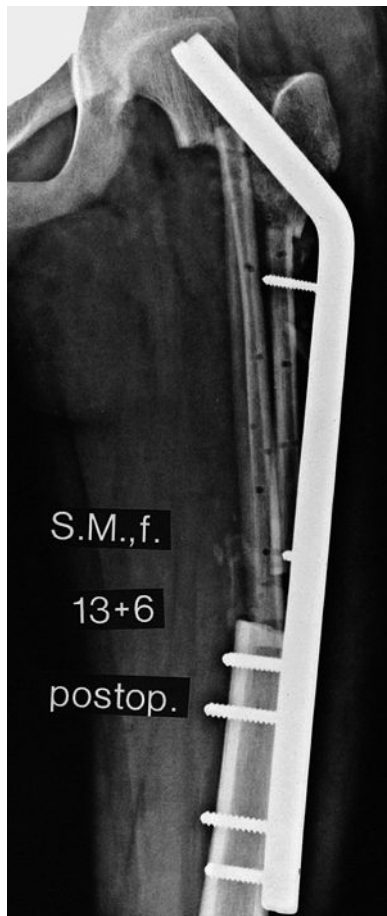


Abbildung 1:

Beispiel für die biologische funktionelle Anpassung: a) Bei dieser 13-jährigen Patientin mit Chondrosarkom i.B. des proximalen Femurs wurde eine Resektion und Rekonstruktion mit nicht vaskularisierter autologer Fibula durchgeführt; b) Röntgenbild 7 Jahre postoperativ. Das Femur hat sich remodelliert und ist zu einem vollwertigen Röhrenknochen geworden.

und seither ständig weiterentwickelt. Europaweit werden die gleichen Protokolle verwendet, was die Auswertung der Therapiewirksamkeit bei diesen seltenen Tumoren auf breiter Basis erlaubt.

Bei der Biopsie können sehr viele Fehler gemacht werden

Den vierten Vortrag hielt der Schreiber selbst mit dem Titel «Resektion und Rekonstruktion – wie viel davon ist «evidence-based», wie viel beruht auf Erfahrung?» Primär wies er auf die Schwierigkeiten der Biopsie hin. Diese erscheint zwar technisch einfach, dabei können aber sehr viele Fehler gemacht werden, welche das Resultat negativ beeinflussen, zu einer falschen Diagnose führen

oder gar eine gliedmassenerhaltende Therapie verunmöglichen können. Deshalb sollte schon die Biopsie im Zentrum oder zumindest in Zusammenarbeit mit diesem erfolgen. Für maligne Tumoren ist die weite Resektion (d.h. Resektion im gesunden Gewebe) heute der Standard. Als Rekonstruktion kommen prothetischer Ersatz (v.a. wenn Gelenkanteile betroffen sind) und biologische Verfahren in Frage (Abb. 1). In den vergangenen 10 Jahren wurden am UKBB 910 Tumoren am Bewegungsapparat behandelt. Dabei wurden 2330 Operationen durchgeführt. Neben Biopsien, Resektionen und Rekonstruktionen waren es auch Gefässoperationen und plastisch-chirurgische Massnahmen.

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.

Der Gastreferent W. Winkelmann aus Hamburg berichtete unter dem Thema «Tumorprothese versus Umkehrplastik – ist Letztere noch indiziert?» über seine grossen Erfahrungen mit beiden Verfahren. W. Winkelmann ist massgeblich an der Entwicklung des heute in Europa am häufigsten verwendeten Mutars-Tumorprothesensystems beteiligt. Die Umkehrplastik wird heute von zwar nur von wenigen Patienten akzeptiert, ist aber funktionell immer noch die beste Lösung.

Danach referierte A. Krieg, Oberarzt in der Kinder- und Tumororthopädie am UKBB, über das Thema «Wie tauglich ist die Rekonstruktion nach extrakorporaler Bestrahlung?» Ist die Knochenqualität durch den Tumor nicht allzu stark beeinträchtigt, so ist die intraoperative extrakorporale Bestrahlung und Wiedereinsetzung des Resektates eine gute biologische Option, da das Resektat mit den abgetöteten Zellen eine ideale Passgenauigkeit mit guten Voraussetzungen für die Revaskularisierung aufweist. A. Krieg berichtete auch über ein Forschungsprojekt, mit welchem wir über ein Gerüst aus Titan und das Einwach-

sen gezüchteter Osteoblasten die Rekonstruktion grösserer Beckenanteile versuchen.

C. Kettelhack, leitender Arzt der Chirurgischen Klinik am USB, berichtete über das Thema «Was bringt die «isolated limb perfusion» bei Weichteiltumoren?» Bei dieser innovativen Methode wird die tumortragende Extremität selektiv mit für den Gesamtorganismus eigentlich toxischen Dosen von TNF-alpha und Melphalan perfundiert. Besonders bei Tumoren in der Nähe grosser Nerven ist diese Methode präoperativ angewendet eine gute Vorbereitung für eine nervenerhaltende Resektion.

M. Gross, leitender Arzt am Institut für Radioonkologie des USB, sprach über «Bestrahlung bei Weichteiltumoren: prä- oder postoperativ?» und hob die Vorteile der präoperativen Bestrahlung hervor, die bei geringeren Strahlendosen und kleinerem Strahlenfeld mit einer niedrigeren Rezidivrate einhergeht als die postoperative Bestrahlung.

Jeder Arzt darf Patienten mit Verdacht auf einen Knochen- oder Weichteiltumor im KWUB vorstellen.

Die aktuellen Mitglieder des KWUB:

Leitung

Prof. Dr. F. Hefti, Kinderorthopädie,
Tumorchirurgie (UKBB)

Mitglieder

Prof. Dr. C. Kettelhack, Viszeral-,
Tumorchirurgie (USB)

Dr. A. Krieg, Kinderorthopädie,
Tumorchirurgie (UKBB)

Dr. M. Haug, Plastische Chirurgie (USB)

Prof. Dr. M. Paulussen, Kinderonkologie
(UKBB)

Fr. Dr. C. Dröge, Onkologie (USB)

PD Dr. M. Gross, Radioonkologie (USB)

Prof. Dr. G. Jundt, Pathologie (USB)

Fr. PD Dr. E. Bruder, Pathologie (USB)

Prof. Dr. A. Nidecker, Radiologie

Dr. J. Schneider, Radiologie (UKBB)

Dr. U. Studler, Radiologie (USB)

Dr. T. Wischer, Radiologie

Die Anmeldungen laufen entweder direkt über die beteiligten Ärzte oder über Frau Frick, Case-Managerin am UKBB (helga.frick@ukbb.ch).

Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand VHBB:

Christoph Hollenstein, www.vhbb.net

Gemeinsame Notfallpraxis am Unispital Basel

Wenige Monate nach dem Start der GNP ist festzustellen, dass die Arbeit dort mittlerweile fast zu attraktiv geworden ist, indem sich nur zu wenige Kollegen/-innen für den Pikettdienst zur Verfügung stellten. Es mussten deshalb neue Kriterien für den Notfalldienst in der GNP eingeführt werden, um die Kollegen/-innen des Pikettdienstes wirksam entlasten zu können.

Erfreulich auch, dass sich die Wirtschaftlichkeit der GNP im Rahmen des Solls bewegt (das erste Geschäftsjahr ist allerdings noch nicht abgeschlossen). Obschon die Prämissen für die Pädiater bzw. das UKBB anders liegen, wäre eine ähnliche Lösung nicht von vornherein undenkbar, da sich die grundsätzlichen Probleme (Dienstbelastung, Bagatellen auf der Notfallstation statt in der Kinderarztpraxis) nicht wesentlich von der Erwachsenenversorgung unterscheiden.

Einkommensentwicklung der Haus- bzw. Kinderärzte / Privattarif

Es wurde eine Umfrage lanciert, welche eine wichtige Grundlage bilden soll für

die Entwicklung einer Matrix, aufgrund welcher dann jeder Hausarzt und jede Hausärztin einen individuellen Privat-tarif berechnen kann. Die Umfrage dauert bis Ende September. Die Arbeiten an der Matrix sollten bis zur Generalversammlung der VHBB vom 3.3.2011 abgeschlossen sein.

Managed Care (MC) – Integrierte Versorgung

An seiner ReTraite vom 12.8.10 hat sich der VHBB-Vorstand umfassend dem Thema MC gewidmet. Unser Meinungsbild ist, wie in der gesamten Ärzteschaft, uneinheitlich. Einzelne Punkte der aktuellen Gesetzesvorlage können dabei von uns in der jetzigen Form nicht oder nur schwer akzeptiert werden. Wir sind uns einig, dass wir diesen Prozess aufmerksam weiterverfolgen und in ihn eingreifen werden, soweit es in unserer Macht liegt und wir den Eindruck haben, dass die Entwicklung unseren Interessen zuwiderläuft.

SGAM-Kongress wird zu «SWISSFamilyDOCS»

Der Kongress SWISSFamilyDOCS tritt die Nachfolge des SGAM-Kongresses an. Er wird in Zukunft nicht mehr von den Regionalverbänden, sondern von den universitären Instituten für Hausarztmedi-

zin (IHAM) organisiert. Basel macht den Anfang (am 25./26.8.2011 im Congress Center Basel).

VHBB-Herbstbummel

Am 28. Oktober findet der VHBB-Herbstbummel seine zweite Auflage. Diesmal werden wir das mittlere Baselbiet besuchen. Nach einer nicht übermässig anstrengenden Wanderung werden wir uns bei einem Apéro/Zvieri über dies und das unterhalten, bestehende Kontakte pflegen und neue Kontakte knüpfen können. Details siehe Kasten.

VHBB-Herbstbummel

Am 28. Oktober erlebt der VHBB-Herbstbummel seine zweite Auflage. Es handelt sich um eine leichte Wanderung von Bubendorf zum Schloss Wildenstein. Im Schlossbeizli wird ein Zvieriplättli serviert werden. Anschliessend Wanderung zurück zum Ausgangspunkt.

Treffpunkt: 14.00 Uhr beim Bad Bubendorf. Anreise mit der WB, dem 70er-Bus oder mit PW; Parkplätze hat es in der näheren Umgebung genügend (Landi, Migros).

Rückkehr: ca. 18.00 Uhr am Ausgangsort
Der Unkostenbeitrag von 20 Franken wird vor Ort eingezogen. Anmeldungen bitte bis 23.10.2010 per Fax 061 272 17 32 an Astrid Lyrer.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse, Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemein-
medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie FMH

Dr. med. Alexandra Prünthe,
Fachärztin für Ophthalmologie
und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet
www.aerzte-bl.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Ariane Furrer, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56
afurrer@emh.ch



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
24.9.2010

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.