

Synapse



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

Leitartikel

aus dem Inhalt

Fragen an die Patienten- stelle Basel

Mit Frau Christine Odermatt, Vorstandsmitglied und gleichzeitig eine der zwei Beraterinnen der Patientenstelle Basel sprach Dr. med. Benjamin Pia, Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie FMH, Basel.

Synapse: Frau Odermatt, welche Anliegen haben Sie an die Ärzteschaft in der Region, speziell in den Kantonen BL und BS?

Patientenstelle: Generell würden wir es begrüßen, wenn wir mit den Ärztinnen und Ärzten des Stadtkantons einen ebenso offenen Austausch pflegen könnten, wie sich dies in den letzten Jahren auf der Landschaft schon ergeben hat. Dort haben wir mit dem Ombudsmann der Ärzteschaft regelmässig Kontakt. Möglicherweise gibt es

noch Vorurteile, wir würden nur irgendwelchen schwarzen Schafen hinterherrennen, um überhöhte Honorarrechnungen zurückzuweisen. Aus dieser Zeit stammt vielleicht unser veraltetes Image, welches noch etliche Ärztinnen und Ärzte von uns zu haben scheinen. Es ist jedoch an der Zeit, darüber zu informieren, worin unsere Arbeit wirklich besteht: wir beschäftigen uns heute neben Abklärungen möglicher Behandlungsfehler zu etwa 50% mit verschiedensten PatientInnenforderungen gegenüber den Krankenkassen. Dabei werden wir schon heute von vielen ÄrztInnen tatkräftig

→ Fortsetzung Seite 3

- **Attestitis – eine wenig bekannte Krankheit** 4
- **Bin ich zu sauer für meinen Knochen?** 5
- **Die Seite der GAMBA** 7
- **Elektronischer Datenverkehr im Tiers garant-System – so geht's** 8
- **VOB – «quo vadis?» oder «what's new?»** 10
- **Neuer regionaler Fortbildungskalender der Synapse** 10
- **Antwort von Dr. med. Samuel Stutz auf den offenen Brief** 13
- **PALLIATIVNETZ Nordwestschweiz** 13
- **Aus dem Vorstand** 14
- **www.praxisstellen.ch** 14

Editorial

Brückenschlag

Liebe Kolleginnen und Kollegen

vor Ihnen liegt die zweite gemeinsame Synapse der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt. Eine sinnvolle und wichtige Zusammenarbeit konnte realisiert werden, im Sinne unserer gemeinsamen Interessen, im Sinne der Ärztinnen und Ärzte der Region. Wir dürfen aber nicht vergessen, wie viele Gräben es noch zu überwinden gilt. Die Diskussion im Vorfeld von Tarmed hat gezeigt, dass sich

Generalisten und Spezialisten nur allzu leicht separieren lassen. Dabei sind wir nur gemeinsam wirklich stark. Ein Brückenschlag zwischen den divergierenden Interessen, wie zum Beispiel zwischen FMH und FMS, hinweg über Unkenntnis, Intoleranz, Neid und Missgunst wird zu den wichtigen und schwierigen Herausforderungen der näheren Zukunft gehören. Wir können Tag für Tag bei unserer Arbeit und unseren vielen beruflichen Kontakten dazu beitragen. Auch andere Aufgaben warten auf uns, Vorstand und Basis unserer Gesellschaften sollten sich gegenseitig mehr spüren, unterstützt und

vertreten fühlen. Gräben zwischen privater und staatlich subventionierter Medizin, Spitalärzten und niedergelassenen Ärzten können wir uns nicht mehr leisten. Auch die jungen KollegInnen des VBAO/VSAO sind herzlich eingeladen, sich auch auf der Ebene der kantonalen Gesellschaften vermehrt an der Gestaltung unserer gemeinsamen Zukunft zu beteiligen.

In der Hoffnung auf weitere Brückenschläge verbleibe ich
Ihr Tobias Eichenberger,
Präsident Info Kommission AeGesBL

unterstützt, von Niedergelassenen wie SpitalärztInnen.

Wir wünschen uns auch eine Zusammenarbeit im Bereich des Datenschutzes. Ich möchte in diesem Zusammenhang die Probleme mit den RAI/RUG-Formularen (RAI = Resident Assessment Instrument = Bewohner-Beurteilungsinstrument. RUG = Resident Utilization Group = Pflegeaufwandgruppen, die Red.) erwähnen oder den von der santésuisse geforderten ICD-Code auf den Arztrechnungen. Hier müssen sich Patientenorganisationen zusammen mit der Ärzteschaft zum Schutz der PatientInnen wehren.

Synapse: Zu viele Ärztinnen und Ärzte haben vielleicht bezüglich der Aktivitäten der Patientenstelle noch Vorurteile?

Patientenstelle: Diese Erfahrung müssen wir zwar immer noch machen, aber die meisten Ärzte begegnen uns ohne Vorurteile. Andererseits stellen wir fest, dass bei den PatientInnen und bei uns Vorurteile gegenüber den ÄrztInnen bestehen. Wir sind überrascht über die Offenheit in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, was das Thema Zweitmeinungen betrifft. Hier hat sich das Klima sehr verbessert, das realisieren auch die PatientInnen, indem sie von früheren Einstellungen allmählich Abstand nehmen: früher dachten sie, es habe ohnehin keinen Sinn, eine Zweitmeinung einzuholen, sei es vor oder nach einer Behandlung. Sie waren davon überzeugt, Ärztinnen und Ärzte würden sich bei Behand-

lungsfehlern in jedem Fall gegenseitig schützen. Dem ist nicht so. Es herrscht ein offenes Klima. Die allermeisten Beteiligten akzeptieren das Einholen einer Zweitmeinung als Bestandteil der Qualitätssicherung.

Synapse: Wo sehen Sie weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit?

Patientenstelle: Eine weitere Möglichkeit sehen wir im Bereich Information und Aufklärung über Nutzen, Kosten und Risiken der Medizin. Kontraproduktiv wirkt sich hier die oft kritiklose und einseitige Berichterstattung in den Medien aus. Es werden neue, meist sehr teure Behandlungsmethoden vorgestellt, deren Nutzen, Risiken und Langzeitfolgen noch zuwenig erforscht und gesichert sind. Dies weckt bei den PatientInnen unrealistische Hoffnungen und Erwartungen an die Medizin. Hier sind sachliche Information und Aufklärung wichtig. In diesem Bereich sehe ich eine gemeinsame Aufgabe.

Zum weiteren werden bezüglich der Kostenexplosion im Gesundheitswesen oft unnötige Ängste geschürt. Wir haben in der Schweiz eine gute medizinische Versorgung, die auch etwas kosten darf. Natürlich gibt es auch in diesem Bereich schwarze Schafe, und Auswüchse müssen verhindert werden. Wesentlich aber sind die günstigen sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen unseres insgesamt gut funktionierenden Gesundheitswesens. Von zentraler Bedeutung ist auch, dass nicht zur Kostendämpfung eine Rationierung von medizinischen Leistungen eingeführt wird. Ratio-

nierung ist keine Lösung, sondern schafft neue Probleme. Auch in dieser Frage sehe ich gemeinsame Interessen.

Synapse: Welche Haltung vertreten Sie zum Thema Aufhebung des Vertragszwanges?

Patientenstelle: Es ist klar, dass bei einer Aufhebung des Vertragszwanges alles auf die Nennung von Kriterien hinausläufe. Einerseits wäre eine gewisse damit verbundene Kontrolle nicht negativ. Wir haben aber unsere Zweifel, ob die santésuisse (SaS, ehemaliges Schweizerisches Konkordat der Krankenkassen SKS, die Red.) die richtige Stelle dafür wäre. Das von Konsumenten- und Patientenorganisationen geplante Bewertungssystem zur Qualitätskontrolle von ÄrztInnen und Krankenkassen, der Guide Santé, wäre ein mögliches Instrument, ist aber erst in der Vorprojektphase. Wir denken, die heutige Praxis funktioniert schon aufgrund des Prinzips der «Abstimmung mit den Füßen». Die PatientInnen haben genug Sachverstand, sie sind mündig genug zu wissen, welchen Arzt sie wollen. Zudem: was würde ein ausgeschlossener Arzt machen? Auf zusatzversicherte Patienten hoffen? Die Zahlen der Zusatzversicherten sind doch rückläufig. Zudem sehen wir die Gefahr einer Zweiklassenmedizin bei der Aufhebung des Vertragszwangs. Dies ist nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten.

Synapse: Frau Odermatt, im Namen der kantonalen Standesorganisationen BL und BS danke ich Ihnen für dieses Gespräch.

Was ist die Patientenstelle Basel ?

Seit 20 Jahren setzt sich diese Organisation für die Interessen der Patientinnen und Patienten in der Nordwestschweiz ein. Sie ist ein konfessionell und parteipolitisch neutraler, gemeinnütziger Verein. Finanziell und ideell werden wir von unseren über 300 Vereinsmitgliedern unterstützt. Zusätzlich erhalten wir seit 1991 vom Kanton Basel-Stadt und seit 2001 auch vom Kanton Baselland Subventionen. Das Hauptanliegen ist, Patientinnen und Patienten, welche sich im Dschungel des Gesundheitswesens nicht mehr zurecht finden, Gehör zu verschaffen und zu ihrem Recht zu verhelfen.

Konkret bietet die Patientenstelle:

- Information und Auskunft über die Rechte als Patient (Einsichtsrecht, Datenschutz, Aufklärung etc.)
- Beratung und Unterstützung bei Kommunikationsproblemen mit Ärzten und anderen medizinischen Fachpersonen
- Kontrolle von Arzt-, Spital- und Zahnarztrechnungen
- Beratung und Abklärung bei Verdacht auf Diagnose- oder Behandlungsfehler
- Vermittlung von Gutachten
- Beratung in Versicherungsfragen (Krankenkasse und Unfallversicherungen), Abklärung bei Verweigerung von Kostenübernahmen
- Juristische Beratung und Vermittlung von spezialisierten Anwältinnen und Anwälten

- Kontakt zu spezialisierten Ombudsstellen und anderen Beratungsstellen.

Telefonisch sind die Beraterinnen normalerweise jeden Morgen zwischen 8 und 11 Uhr unter der unten aufgeführten Nummer erreichbar. Anliegen können auch schriftlich oder per E-Mail vorgebracht werden.

Kontakt:

Patientenstelle Basel, Hebelstrasse 53, Postfach 3839, 4002 Basel

Tel. 061 261 42 41

Fax. 061 263 82 92

E-Mail: patientenstelle.basel@bluwwin.ch

Attestitis – eine wenig bekannte Krankheit

*Dr. med. B. Flückiger, Allgemeine Medizin
FMH, 4104 Oberwil*

Die Krankheit, von der hier berichtet werden soll, ist stark verbreitet.

Sie ist ansteckend, Überträger ist ein Mefivirus. Sie äussert sich vor allem darin, dass Angestellte, Arbeitgeber, Lehrer, Schüler und Eltern ein ärztliches Zeugnis gleichsam suchartig lechzend benötigen, obwohl nur eine kurzdauernde, ungefährliche Gesundheitsstörung vorliegt.

So muss dann der Angestellte, welcher 8 Jahre klaglos und ohne Ausfälle seine Arbeit gemacht hat, schon am ersten Tag ein Zeugnis einreichen. Er muss zum Arzt, hat einige Kosten und benötigt oft keine Behandlung. Die Taggeldversicherung verlangt das eben ...

Muss diese wirklich ab dem erstem Tag bezahlen?

Die Schülerin, die sich im Turnen den Fuss verknackt hat, braucht ein Turnunfähigkeitszeugnis. Braucht sie das wirklich? Bis 18 Jahre haben die Eltern das volle Zeugnisrecht für Ihre Kinder!

*Mein ärztlicher Rat:
Verlangen Sie als Versicherer, Arbeitgeber oder Lehrer erst dann rasch ein Zeugnis, wenn jemand oft krank ist. Die Attestitis könnte so etwas eingedämmt werden. Nicht nur die andern blähen die Kosten auf!*

© 1999 Randy Glasbergen. www.glasbergen.com



**“You’ve got a rare condition called ‘good health’.
Frankly, we’re not sure how to treat it.”**

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärtzelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Bin ich zu sauer für meinen Knochen?

Frau Dr. S. Jehle/Prof. Dr. R. Krapf,
Medizinische Universitätsklinik Kantons-
spital Bruderholz

An der Medizinischen Universitätsklinik des Bruderholzspitals wurde Anfang 2002 eine Studie gestartet, welche untersuchen soll, inwiefern die «Körperübersäuerung» zu einer Osteoporose führen kann. Wir möchten im folgenden Sie als Hausärzte über diese Studie, deren Anlage und Zielsetzungen, informieren.

1. Hintergrund

Die sogenannte westliche Diät, bestehend aus einem relativ hohen Anteil an tierischen Eiweissen wie Fleisch, Milch, Käse etc. führt über verschiedene Stoffwechselwege vorwiegend in der Leber zu einem Anfall von organischen Säuren. Dank der Tatsache, dass die Nieren Säure effizient ausscheiden können, wird der Säuregehalt im Blut konstant gehalten. Neben den Nieren spielt aber auch der Knochen eine wichtige Rolle in diesem Gleichgewicht. Der Knochen stellt ein riesiges Reservoir an Basen oder Alkali dar. Zur Neutralisierung des Säureanfalls werden Basen aus dem Knochen herausgelöst. Mit den basischen Stoffen gehen dem Knochen obligat vor allem auch Kalziumionen verloren, so dass eine minimale, über längere Zeit aber relevante Entkalkung des Knochens droht.

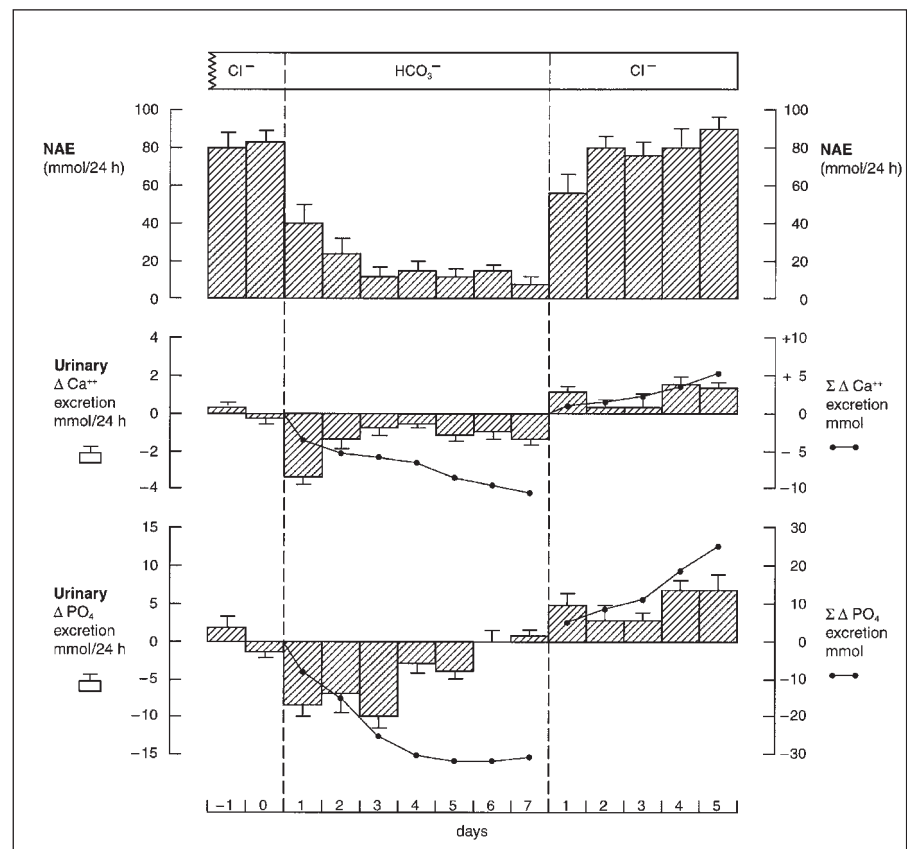
Dass dieser Kalkverlust durch den Knochen von Bedeutung ist, haben verschiedene Untersuchungen gezeigt. So ist die Häufigkeit von Knochenbrüchen direkt mit der Menge der Diät-induzierten Säureproduktion in der Leber korreliert. Auch die Knochendichte und das Längenwachstum bei Kindern zeigt eine ähnliche Korrelation. Da die aus den Knochen herausgelösten Kalziumionen letztlich durch die Nieren ausgeschieden werden, erstaunt auch nicht, dass eine ähnliche Korrelation zwischen Ernährungsgewohnheiten und Häufigkeit von kalziumhaltigen Nierensteinen besteht.

Die Osteoporose selber hat sich zu einem enormen klinischen Problem entwickelt, 50% der Frauen und 30% der Männer werden in ihrem Leben mindestens eine osteo-

porotisch bedingte Fraktur erleiden. Welche Bedeutung die Körperübersäuerung bei der Verursachung dieser Epidemie hat, ist noch nicht gut dokumentiert. Immerhin haben wir eigene experimentelle Daten, die zeigen, dass der Einfluss der Übersäuerung sehr wichtig sein könnte. Wir untersuchten neun normale junge Männer und Frauen unter strenger metabolischer Kontrolle und liessen sie eine völlig normale, schweizerische Kost einnehmen. In einer experimentellen Phase führten wir Basen (Bikarbonat) zu und konnten nachweisen, dass der Körper schon nach wenigen Tagen signifikant Kalzium wieder in den Knochen einbaut (vgl. Abbildung). Zusätzlich haben wir Informationen, dass durch die Basenzufuhr die sogenannten Knochenbauparameter so verändert werden, dass man annehmen muss, dass die Knochenresorption gehemmt wird.

2. Ziele der Studie

Auf diesem Hintergrund stellen wir uns nun die Frage, inwiefern die Knochendichte durch Neutralisierung dieser im Rahmen unserer normalen Essensgewohnheiten entstehende Säureproduktion beeinflusst werden kann. Wir werden diese Säureproduktion durch Zufuhr von Kaliumziträt (wird im Körper zu Kaliumbikarbonat verstoffwechselt) neutralisieren und untersuchen, welches der Effekt auf die densitometrisch gemessene Knochendichte nach zwölf Monaten sein wird. Wir werden Frauen nach der Menopause mit bereits verminderter Knochenmasse respektive Knochendichte untersuchen. Die Studienhypothese ist, dass durch die Neutralisierung der Säureproduktion der weitere Abfall der Knochendichte (wie es für die Jahre nach der Menopause typisch ist) verhindert werden kann, oder dass wir sogar eine



Diese Abbildung zeigt, dass in der mittleren Phase durch Zufuhr von Basen (HCO₃) die Säureproduktion (gemessen als Säureausscheidung = NAE) signifikant vermindert wird. Parallel dazu beobachtet man eine deutliche Abnahme der Kalziumausscheidung durch die Nieren («Urinary CA⁺⁺ excretion») und der renalen Phosphatausscheidung («Urinary PO₄ excretion»). Aus verschiedenen Gründen ist anzunehmen, dass die eingesparten Kalzium- und Phosphationen in den Knochen eingebaut worden sind.

Zunahme der Knochendichte induzieren können.

3. Durchführung und Methodik der Studie

Die Studie wird als doppelblinde Placebo-kontrollierte Studie durchgeführt. Die wirksame Substanz ist Kaliumzitrat, als Placebo verwenden wir – eigentlich genauer gesagt als Kontrollsubstanz, Kaliumchlorid, weil wir die Kaliumzufuhr sowohl bei der Kontrollgruppe (Kaliumchlorid) als auch bei der experimentellen Gruppe (Kaliumzitrat) konstant halten möchten. Die Patientinnen dürfen nicht älter als 70 Jahre und müssen mindestens im fünften Jahr nach der Menopause sein. Sie sollten auch keine reinen Vegetarierinnen sein und aktuell nicht schon wegen einer Osteoporose in Behandlung stehen. Nach der Eintrittsuntersuchung und zwei sogenannten Baseline-Densitometrien werden die Patientinnen blind einem Studienarm zugeteilt und nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten kli-

nisch, labormässig und densitometrisch nachkontrolliert.

Patientinnen in beiden Studienarmen werden zur Sicherstellung einer adäquaten Versorgung Kalzium/Vitamin D erhalten.

Die Studienanlage wurde von der Ethikkommission beider Basel ohne jede Vorbehalte genehmigt. Die Studie wird aus eigenen und Mitteln des Nationalfonds finanziert, eine industrielle Unterstützung besteht nicht.

4. Ausblick

Wir erhoffen uns von dieser Studie weitere und wichtige Hinweise auf die Ursachen der gegenwärtigen Osteoporoseepidemie. Wenn wir einen Effekt der Neutralisierung der Säureproduktion zeigen können, so würden wir auch ein erstaunlich billiges Therapieprinzip für die Osteoporoseprävention respektive Osteoporosebehandlung zur Verfügung haben.

In den nächsten Wochen werden wir die Patientinnen zu rekrutieren beginnen.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie bei Gelegenheit Ihre Patientinnen auf diese Studie aufmerksam machen würden. Selbstverständlich würden wir die Patientinnen mit neuen Befunden anlässlich der Screeninguntersuchung direkt an ihren Hausarzt weisen. Weitere betreuerische Tätigkeiten ausserhalb der eigentlichen Studie werden selbstverständlich nicht vorgenommen.

Zusammenfassend nochmals die wesentlichsten Teilnahme Kriterien:

- 1. Mindestens 5 Jahre nach letzter Menstruation, aber nicht älter als 70 Jahre**
- 2. Verminderte Knochendichte (wird bei der Screeninguntersuchung gemessen)**
- 3. Keine aktuelle Therapie gegen Osteoporose (mindestens seit 6 Monaten)**
- 4. Keine reinen Vegetarierinnen.**

Depression ist lebensgefährlich!

Zum Artikel in der Basler Zeitung vom 16.3.2002

Dr. med. Pierre Periat,
Allgemeine Medizin FMH, Riehen

Die Berichterstattung über eine Podiumsdiskussion zum Thema Depression vom 16.3.02 in der BaZ erhitzte die Gemüter. Sie enthält mehrere Sätze, die mich massiv stören. An der Podiumsdiskussion selbst war ich nicht anwesend. Meine Unzufriedenheit bezieht sich deshalb nur auf die Formulierungen der Berichterstattung in der BaZ vom 16.3.02.

Es ist gut, dass sich Kliniker und Hausärzte mit dem wichtigen Krankheitsbild der Depression beschäftigen. Hausärzte sind die wichtigsten Erstanlaufstellen für depressive PatientInnen. Viele, vor allem leichte und mittelschwere PatientInnen behandeln sie in eigener Regie. Aufwendigere Patienten weisen sie oft an PsychiaterInnen weiter. Besonders schwere, insbesondere suizidale werden in einer Klinik hospitalisiert und dort therapiert.

Der Kliniker – auch der praktizierende Psychiater – sieht Patienten, die wissen, dass sie eine psychische Krankheit haben. Sonst würden sie sich schwerlich längere Zeit psychiatrisch behandeln lassen.

«Depressionen beruhen auf einer Stoffwechselstörung im Gehirn.» Diese Formulierung legt eine Denkform nahe, die ich in dieser Ausschliesslichkeit nicht teile. Sicher konnte bei Depressiven eine Stoffwechselveränderung im Gehirn festgestellt werden, aber ist sie Ursache oder Folge oder Begleitung der Depression? Pragmatische Tatsache ist, dass mit einer SSRI-Behandlung (SSRI sind die Medikamente, die auf diesem Denkmodell beruhen) die PatientInnen häufig erst in den Zustand gebracht werden können, in dem sie einer Gesprächstherapie über ihre Sorgen zugänglich sind und wieder aktiv werden können. Dann beginnt aber erst die eigentliche antidepressive Arbeit. Die SSRI sind ein wichtiges und wirksames

Hilfsmittel zur Behandlung depressiver Patienten. Sie sind ein Ansatz oder ein Denkmodell, aber nicht die Lösung des Problems der Depression.

Der fragwürdigste Satz des Berichts war wohl, dass «bei weniger als 10% der Betroffenen die Krankheit überhaupt erkannt wird». Dieser Satz ist einfach falsch. Es gibt Arbeiten, die behaupten nur bei 50% der Betroffenen werde die Depression als Diagnose erkannt. Auch diese Aussage möchte ich in dieser Form bezweifeln. Es ist eine Frage der Fragestellung und Gewichtung. In psychiatrischen Kliniken figuriert die Gonarthrose selten auf der Diagnoseliste, obwohl sie häufig ist. Zu Recht, denn sie ist auch für die erstrangige Aufgabe der psychiatrischen Klinik nicht relevant. Ähnlich ist im Setting des Patienten-Hausarzt-Gesprächs die Depression oft nicht im Vordergrund, obwohl sie unzweifelhaft vorhanden ist.

Zum Hausarzt kommen PatientInnen mit Beschwerden, deren Ursache erst einmal abgeklärt werden muss. Dabei ist primär die Möglichkeit einer somatischen, somatoformen oder psychischen Ursache gegeben. Die Akzeptanz der Bevölkerung für nichtsomatische Beschwerden ist immer noch recht gering. Der kommunikative Aufwand des Hausarzts, bis sein Patient eine nichtsomatische Ursache seines Leidens akzeptiert, ist oft beträchtlich. Häufig sind die Bemühungen erfolglos, und der Patient wechselt den Arzt.

Hausarztmedizin ist die Medizin des Möglichen. Sie beschäftigt sich soweit mit dem Patienten, wie es dieser zulässt. Mein grösstes Problem mit den (häufigen) Depressionen aller Schweregrade ist, dass es mir oft nicht gelingt dem Patienten die psychische Ursache seiner Beschwerden so zu vermitteln, dass er sie akzeptieren kann. Solange kein Konsens mit dem Patienten besteht, kann ich die Diagnose nicht auf die Diagnoseliste schreiben und somit wird die Depression statistisch nicht erfasst. Das heisst nicht, dass ich sie nicht vermuten würde.

Für die patientenorientierte Arbeit der Hausärzte ist der dynamische Prozess mit dem Patienten wichtiger als die diagnostische Momentaufnahme, wie sie die Klinik als Voraussetzung benötigt. Sicher gibt es verpasste Diagnosen – wer hat dazu keine eigenen Beispiele? –, aber der Vorwurf von 50% in der Hausarztpraxis nicht erkannten Depressionen erscheint mir in dieser Form zu plakativ und nicht zutreffend.

Werde ich aber mit meiner Patientin über die Diagnose Depression und deren Behandlung einig, ist die Therapie noch lange nicht gesichert. Nur etwa 10% meiner PatientInnen, denen ich wohlüberlegt ein Antidepressivum verschreibe, nehmen dieses auch abmachungsgemäss ein, teils weil sie sich nach dem Gespräch bereits wohler fühlen, teils weil sie der Packungsprospekt ängstigt, teils weil sie nach der ersten Tablette unangenehme Nebenwirkungen verspüren.

Die Depression ist in der Hausarztpraxis ein häufiges Problem. Dass die «Effectiveness» (die Wirksamkeit einer Intervention unter realen Bedingungen) der Behandlung nicht die «Efficacy» (die Wirksamkeit einer Intervention unter Studienbedingungen) erreicht, ist wie bei allen anderen Krankheiten systemimmanent und deshalb nicht primär einem Defizit der Hausärzte zuzuschreiben. Dennoch kann sicher auch bei der hausärztlichen Betreuung der Depressiven noch einiges verbessert werden. Allerdings sollten deswegen nicht andere Krankheiten übersehen oder vernachlässigt werden (müssen). Jeder Krankheit ihren jeweiligen Stellenwert für den momentanen Lebensabschnitt eines Patienten zuzuweisen ist eine der wichtigsten Aufgaben der hausärztlichen Betreuung. Oft gilt es hier zugunsten der individuell wichtigeren Probleme Abstriche an der Betreuung individuell weniger bedeutender vorzunehmen.

Elektronischer Datenverkehr im Tiers garant-System – so geht's

Dr. med. Lukas Wagner,
Allgemeine Medizin FMH,
Präsident Ärztesellschaft Baselland,
4127 Birsfelden

Mit der Einführung von TarMed wird die elektronische Abrechnung unserer Leistungen sehr bald zur Selbstverständlichkeit werden. NewIndex, eine standeseigene AG, hat in Zusammenarbeit mit der Ärztekasse und BlueCare eine Software zum Aufbau von sog. Trustcenters entwickelt. Damit ist der elektronische Datenverkehr auch im Tiers garant-System (d.h. der Patient ist Schuldner des Arztes und erhält Rückerstattung durch die Kasse) kein Problem. Die Ärzteschaft ist zudem in der glücklichen Lage, mit dem HIN über eine hoch gesicherte Datentransport-Schiene zu verfügen.

Was hat der Arzt mit seiner Rechnung zu tun?

Der Arzt schickt die Rechnung wie bisher an den Patienten in Papierform. Für diesen ändert sich nichts. Er kann wie bisher die

Rückerstattung bei seiner Kasse einfordern, indem er die Rechnung an die Kasse schickt. Auf der Rechnung wird ein Code aufgedruckt. Mit diesem Code kann die Kasse die gleiche Rechnung elektronisch im Trustcenter abholen und direkt in ihr eigenes Computersystem einlesen. So einfach geht das. Gleichzeitig mit der Papierrechnung an den Patienten sendet der Arzt – oder für nicht elektronisch Abrechnende eine Clearingstelle wie z.B. die Ärztekasse – eine Kopie, versehen mit dem oben genannten Code in elektronischer Form an das Trustcenter. Wird nun die Rechnung vom Patienten nicht an die Kasse geschickt, weil der Betrag innerhalb der Franchise liegt oder aus anderen Gründen auf die Rückerstattung verzichtet, bekommt die Kasse keine Möglichkeit, auf die gleichzeitig ans Trustcenter geschickte Rechnung zuzugreifen, da ihr der Code dazu fehlt. Es muss dem Patienten überlassen bleiben, ob er die Rückerstattung seiner Rechnung wünscht oder nicht.

Was ist ein Trustcenter?

Ein Trustcenter ist ein neu zu schaffendes Bindeglied zwischen Arztpraxis und Krankenkasse. Es sammelt die Rechnungen aus den Praxen resp. den Clearingstellen, und macht sie bereit zum Abholen durch die Krankenkassen. Diese können ihrerseits – aber nur, wenn der Patient die Rechnung mit Code an die Kasse geschickt hat! – diese elektronisch aus dem Trustcenter abholen. Die von uns Ärzten aufgebauten Trustcenter sind unerlässlich zur Steuerung der Kostenneutralität während der Einführungsphase von TarMed. Der lange gehegte Wunsch der Ärzteschaft nach eigenen Zahlen geht damit endlich in Erfüllung. Wir werden nicht mehr auf die stets bezweifelte «Konkordatsstatistik» der Kassen angewiesen sein. Der Einhaltung des Datenschutzes sowohl für Patienten wie für Ärzte wird sehr hohe Priorität eingeräumt.

Was kostet ein Trustcenter?

Die Kosten für Speicherung und Aufbereitung der eingehenden Rechnungen werden sich gemäss den vorliegenden Berechnungen in einem sehr moderaten Rahmen halten. Selbstverständlich bedingt ein Trustcenter auch Investitionen. Diese werden durch die gewonnene Datenherrschaft und Unabhängigkeit sowie Zuverlässigkeit mehr als aufgewogen. Die Investitionskosten zu beziffern ist derzeit unmöglich, da sie sehr stark von der Anzahl Teilnehmer abhängen. Es ist unter den gegebenen Voraussetzungen mit einer grossen Akzeptanz zu rechnen, so dass die Kostenfrage wohl nicht ausschlaggebend sein dürfte.

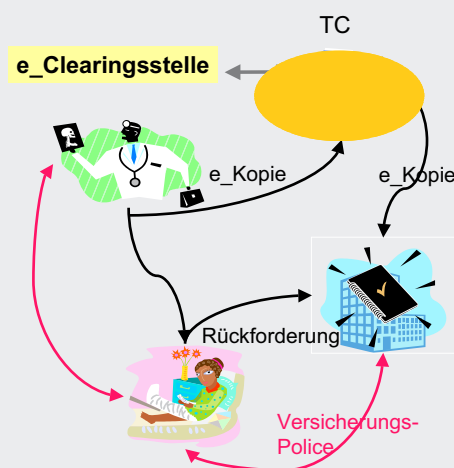
Was ist eine Clearingstelle?

Wer nicht (mehr) mit der elektronischen Abrechnung anfangen möchte, kann sich ohne Probleme an eine Institution wenden, welche seine konventionellen Papierrechnungen wie bisher an die Patienten verschickt und gleichzeitig elektronisch verarbeitet. Diese Organisationen laufen unter dem Begriff Clearingstellen.

„Elektr. Datenaustausch“ im TG

Neuer Ablauf

- Patient hat Police bei Kasse
- Patient bezieht Leistung bei Az nach Wahl
- Az stellt Rechnung an Patient
- Az kennzeichnet die Rechnung und schickt die e_Kopie an die Clearingstelle
- Patient verlangt Rückerstattung der Kosten bei der Kasse
- Kasse holt e_Kopie der Rechnung und vergütet Patient gemäss Police



Quelle: Dr. med. A. Haefely

VOB (Versorgungsnetz Oberbaselbiet) – «quo vadis?» oder «what's new?»

Dr. med. Florian Suter, Allgemeinmedizin FMH
E-Mail: florian.suter@hin.ch

Bekanntlich fanden in den vergangenen drei bis vier Jahren zahlreiche Sitzungen und Gespräche statt und es wurden unzählige Standortbestimmungen, Protokolle und Berichte verfasst – alles auf dem Weg zu einem Netzwerk für eine integrierte medizinische Versorgung im oberen Baselbiet.

Am Anfang stand das Interesse des Kantonsspitals Liestal für eine intensiviertere, qualitativ verbesserte Zusammenarbeit mit den ambulanten Leistungserbringern der umgebenden Region. Es ergab sich die Idee, diese Bemühungen in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenversicherern in ein «alternatives Versicherungsmodell» einfließen zu lassen. Von Anfang an war man bestrebt, einen Schritt weiter als die herkömmlichen Hausarztmodelle zu gehen, indem ausdrücklich auch ambulante tätige SpezialistInnen und stationäre Institutionen als gleichberechtigte Partner teilnehmen sollten. Anfangs zeigte auch die Sanitätsdirektion BL ein lebhaftes Interesse am ganzen Projekt, nahm aber in den letzten Monaten eher den Status einer Beobachterin ein. Trotzdem liessen sich auf eine

persönliche Einladung hin im Juni und Oktober 2001 gegen 50 ambulante LeistungserbringerInnen über den Stand der Dinge informieren und versicherten grossmehrfach ihr grundsätzliches Interesse an einem Fortgang des Projektes.

Einige Unentwegte – unverbesserliche Optimisten, erfreulicherweise aus allen Sparten der medizinischen Versorgung! – konnten es denn auch trotz dem Rückzug der Sanitätsdirektion, der offiziellen Leitung des Kantonsspitals Liestal wie auch einiger Krankenversicherer nicht unterlassen, konzeptionell an einem «Versorgungsnetz Oberbaselbiet» weiterzuarbeiten. In einer Kerngruppe von 5–12 Mitgliedern (seitens der Krankenversicherer unter Mitarbeit von ÖKK und Unimedes) haben wir an der Realisierung eines Versorgungsnetzes im oberen Baselbiet gearbeitet.

Bis heute liegen konkrete Vorstellungen über die Organisationsform und die ersten Aktivitäten eines solchen Netzwerks vor. Niemals kann indessen ein derartiges Vorhaben von oben herab («top down») umgesetzt werden – alle Beteiligten haben sich klar dafür ausgesprochen, dass nun ein weiteres Mal (im Sinne eines «bottom up»-Vor-

gehens) die Basis, also alle interessierten praktizierenden ÄrztInnen der Region, zu informieren sein werden. Nur so kann die definitive Realisierungschance unseres Vorhabens auch wirklich abgeschätzt werden.

Namens einer etwas grösseren Gruppe laden deshalb die Herren W.W. Rittmann, K. Heer, M. Lotz und F. Suter zu einem kleinen **Symposium** auf **Donnerstag, den 2. Mai 2002 (13.30–21.00 h)** ins Tagungszentrum **Leuenberg** oberhalb Hölstein ein. Ziel wird es sein, vermutete noch vorhandene Schwellenängste zu diskutieren und möglichst abzubauen, um daraufhin die nächsten Realisierungsschritte kennen und angehen zu können. Andernfalls müsste – zugegebenermassen etwas schweren Herzens – das Projekt wohl endgültig fallengelassen werden.

Die persönlichen Einladungen liegen – fast druckfrisch! – bereit und werden in den nächsten Tagen versandt. Sie seien der Aufmerksamkeit aller InteressentInnen herzlich anempfohlen! Überdies steht der Schreibende für allfällige Fragen gerne zur Verfügung. In diesem Sinne:

VOB (Versorgungsnetz Oberbaselbiet) – «au revoir le 2 mai!»

Fortbildungs-Kalender

Neuer regionaler Fortbildungskalender der Synapse

Dr. med. F. Rohrer,
Innere Medizin FMH, Lausen

Dieser Ausgabe der Synapse wird erstmals der gemeinsame Fortbildungskalender der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt und der Ärztesgesellschaft Baselland beigelegt. Dieses Faltblatt kann herausgenommen und z.B. im Büro in Augenkontakt aufgehängt werden. Der Fortbildungskalender ist ein Low-cost-Projekt, das auf bereits vorhandenen Datenbanken aufbaut. Dr. med. Christoph Itin, Liestal, (E-Mail: **Christoph.**

Itin@hin.ch), Fortbildungsverantwortlicher der GAMBA, hat sich bereit erklärt, seine regionale Fortbildungsdatenbank zur Verfügung zu stellen und die Redaktion des Fortbildungskalenders zu übernehmen. Veranstaltungen können bei ihm per E-mail zur Aufnahme in den Fortbildungskalender angemeldet werden. Die Synapse-Redaktion dankt ihm für die Übernahme der damit verbundenen Zusatzarbeit. Für die erste Ausgabe des Fortbildungskalenders stützen wir uns auf die vorhandenen Daten ab. Die Fortbildungen der

Spezialistenfächer sind darin naturgemäss untervertreten. Wir versuchen, durch die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Fachgruppen auch die an einzelne Spezialistengruppen gerichteten Fortbildungen in Zukunft besser berücksichtigen zu können. Um den Fortbildungskalender nicht zu überladen und die Orientierung zu erleichtern, verzichten wir jedoch auf die Aufnahme von klinik- oder institutsinternen Kolloquien, Falldemonstrationen oder anderen klinikrapportähnlichen Veranstaltungen in das neue Kalendarium.

Antwort von Dr. med. Samuel Stutz auf den offenen Brief in Synapse Nr. 1

Liebe Dorf- und Quartierdoktoren,
liebe Kollegen

Während Ihnen auf allen Kanälen – vom Kassensturz bis zur Arena – ein eisiger Wind um die Ohren weht wie nie zuvor und die Politik Ihnen das Leben Tag für Tag schwerer macht, stemple ich Sie nicht zu Sündenböcken der Nation, sondern begegne Ihnen noch mit dem gehörigen Respekt, unabhängig davon, ob Sie selbst dispensieren oder nicht. Und was ist der Lohn für so viel Kollegialität? Sie hauen mir in einem offenen Brief ein paar um die Ohren.

Liebe Kollegen, mit Fernsehsendungen hat man einfach ein Problem: Man muss sie eben sehen, wie es der Name sagt. Wenn man am Sonntag Abend lieber ins Kino geht, dann kommt ein offener Brief genau so heraus, nämlich Haue ins Leere. Mit Verlaub: Röbi Koller pries bei mir nicht – wie Sie mir unterstellen – das neuste Rheumamittel an, sondern tat zum Entsetzen meiner Sponsoren der Fernsehnation kund, dass er dank regelmässiger Bewegung seine Medikamente absetzen konnte! Elisabeth Kopp berichtete, wie sämtliche modernen Migränemittel bei ihr versagten und wie Sie nur mit Yoga ihre Schmerzen in den Griff

bekam. Erinnern Sie sich nicht mehr an die wunderschönen Yoga-Bilder bei Ihr zu Hause, eine Alt-Bundesrätin im hautengen Trainer? Verzeihung, Sie schauten ja lieber Tatort. Über Ohrenweh bei Kindern haben nicht wir, sondern meine Kollegen von Puls berichtet. Wenn ich auch noch Haue für diese Sendung bekomme, brauche ich als Schmerzensgeld endlich zwei Millionen von den Gebührengeldern.

Haben Sie wirklich noch nicht mitbekommen, dass ich kein Medikamentenzombie bin, sondern mittlerweile dreissig Gesundheitswochen anbiete, um unter anderem Migränepatienten von ihrer Ergotamin-Sucht und Insomnie-Patienten von ihrer Benzodiazepin-Abhängigkeit zu befreien? Ergotamine und Benzodiazepine notabene, die irgendein Kollege verordnet hat. Haben sie wirklich noch nicht gemerkt, dass wir riesigen Erfolg haben mit unseren Programmen für bleibende Erährungs- und Bewegungsumstellung, dass 60 Prozent der Teilnehmer an unseren Nichtraucherkursen nach einem Jahr immer noch abstinent sind? Ist es Ihnen wirklich entgangen, dass ich mit Kampagnen wie Experiment Nichtraucher, Diabetes-Initiative oder Gesundheitswette zum Vorreiter der Gesundheitsförderung geworden bin, und dass

selbst die grössten Kritiker in der Gesundheitsförderung Schweiz mir dafür Anerkennung zollen?

Liebe Kollegen, ich könnte meine TV-Praxis «1xtägl.» und meine Fernsehklinik «Sprechstunde» augenblicklich schliessen, wenn die Patienten lege artis behandelt würden. Ich würde nicht Tag und Nacht – und das ist so! – von verzweifelten Patienten kontaktiert, die jahrelang unter falschen Diagnosen laufen, ungenügend therapiert, im Stich gelassen oder – noch schlimmer – vom Arzt ausgelacht werden. Im Wahlstudienjahr hatte ich das Vergnügen, ein paar Wochen erfahrenen Dorf- und Quartierdoktoren über die Schultern schauen zu dürfen. Vielleicht würde es Ihnen nichts schaden, nur einen Tag lang den TV-Arzt der Nation zu begleiten.

In Ihrem Magazin Synapse findet sich unterhalb Ihres offenen Briefes ein treffendes Inserat von Roche. «Ihr Weitblick ist die Zukunft Ihrer Patienten», heisst es dort. Ich wünsche Ihnen viel Weitblick und lehrreiche Sonntagabende.

Mit kollegialen Grüessen
Dr. med. Samuel Stutz
TV-Arzt

Gesundheitstip

PALLIATIVNETZ Nordwestschweiz

Von Dr. med. Heike Gudat Keller, Innere Medizin FMH, Präsidentin PALLIATIVNETZ, Arlesheim (E-Mail: gudat@vsao.ch)

Am 19. 3. 2002 wurde im Bethesda-Spital Basel eine Sektion der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMP, das PALLIATIVNETZ Nordwestschweiz gegründet. Initianten waren Mitglieder des Hildegard-Hospiz und des Bethesda-Spitals in Basel, des Hospiz im Park in Arlesheim, der SEOP (Spitalexterne Onkologiepflege) Basel-Stadt

und Baselland, der «Palliativ Support» Reinach/BL und der Krebsliga beider Basel.

Das PALLIATIVNETZ umfasst die Kantone BS, BL, AG und SO und richtet sich an Patienten und Angehörige, Fachpersonen und die allgemeine Öffentlichkeit. Vordringlichste Ziele sind eine bessere Vernetzung bestehender regionaler Palliativdienste bzw. Hilfe beim Aufbau in ungenügend versorgten Regionen, ein erleichterter Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung für nicht-onkologische Patienten und ein verbessertes

Fortbildungsangebot zu Themen der Palliativmedizin. Mit Hilfe namhafter Sponsoringbeiträge soll eine allgemein zugängliche Beratungs- und Koordinationsstelle aufgebaut werden.

Der neugebildete Vorstand ruft Sie zu Anregungen und Mitarbeit auf, insbesondere, wenn Sie sich mit Geriatrie, Neurologie, Rheumatologie, Gynäkologie, Pneumologie oder Pädiatrie beschäftigen.

Kontaktadresse: PALLIATIVNETZ, Stollenrain 10, 4144 Arlesheim.

Aus dem Vorstand BL



TarMed Dreimal Ja ... und jetzt?

Der Vorstand wird die Verhandlungen mit der Regionalvertretung der *santésuisse* über den kantonalen Tarifvertrag im KVG-Bereich beginnen, sobald die Voraussetzungen dazu gegeben sind. Über den Einführungszeitpunkt von TarMed bestehen bei Redaktionsschluss immer noch Unklarheiten. Fest steht, dass die Ärzteschaft bereit ist, TarMed auch im KVG-Bereich auf den 1. 1. 2003 einzuführen.

Da der (gesamtschweizerische) Vertrag über die Anwendung von TarMed im UV/IV/MV-Bereich – mit Fixierung des Startpunktwertes auf einen Franken – durch die Urabstimmung definitiv angenommen worden ist, kann dessen Einführung bereits im Verlaufe dieses Jahres erfolgen. Vorgängig muss dieser Vertrag durch den Bundesrat formell genehmigt werden.



Trustcenter

Die Einführung von TarMed gibt der Ärzteschaft die Chance, in standeseigenen Datensammelstellen – den Trustcentern – statistisch verlässliche und für spätere Verhandlungen eminent wichtige Zahlen zu generieren. Der Aufbau dieser Trustcenter ist unerlässlich zur Steuerung der vertraglich vereinbarten Kostenneutralität

während der Einführungsphase von TarMed. Der Vorstand hat eine Projektgruppe beauftragt, einen Vorschlag zum Aufbau eines solchen Trustcenters zu erarbeiten (Leitung Dr. R. Schwarz). Dabei wird auf das Know-how von NewIndex abgestellt. Dem Datenschutz wird dabei höchste Priorität beigemessen. Die verlockend tönenden Angebote von krankeneigenen ähnlichen Institutionen empfiehlt der Vorstand genau zu prüfen. Der versprochene Vorteil der schnelleren Zahlungsüberweisung ist alles andere als gesichert und ganz vom Goodwill der Versicherung abhängig. Wer zahlt, befiehlt. Und das sollte der Patient, nicht die Kasse sein. Der elektronische Datenverkehr ist ohne weiteres auch in unserem Tiers-garant-System möglich (vgl. Artikel in dieser Nummer).



Ärztelisten der Krankenkassen gesetzeskonform

Unsere Abklärungen haben ergeben, dass die in letzter Zeit praktizierte Erstellung von Ärztelisten durch Krankenkassen – im Rahmen alternativer Versicherungsangebote – an sich gesetzeskonform ist. Damit ist nichts über deren Effizienz zur Kostenersparnis gesagt. Aus unserer Sicht handelt es sich eher um Marketinginstrumente und

Versuche zur «Domestizierung» der Ärzteschaft. Die von uns angeforderten Kriterien zur Aufnahme in die Favorit-Medica-Liste der SWICA haben ergeben, dass «in der Regel die Richtwerte der *santésuisse*-Statistik (der sog. Konkordatsstatistik) nicht übertroffen werden dürfen». Wer der Ansicht ist, dass seine Praxis Besonderheiten aufweist, kann das der Kasse mitteilen. Speziell die Überprüfung des Durchschnittsalters der Erkrankten kann dazu führen, dass eine Praxis allenfalls trotz höherer Kostenstruktur in die Liste aufzunehmen ist.



Strategietagung

Der erweiterte Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland wird sich im Frühjahr zu einem Strategieworkshop treffen, um die Abschaffung des Kontrahierungszwangs, die Zusammenarbeit zwischen Spital und Praxis, die Thematiken Netzwerke und Qualitätssicherung sowie den Problemkreis Universität/Medizinische Fakultät vertieft zu bearbeiten.



Treffen mit Regierungsrat Straumann, Sanitätsdirektor BL

Weiterhin bestehen die traditionellen Kontakte einer Delegation des Vorstands mit Herrn Regierungsrat Straumann und seinen Chefbeamten. In offener und ungezwungener Atmosphäre konnten bei der letzten Besprechung Themen wie die Umsetzung von TarMed, die regionale Spitalplanung sowie aktuelle Rechtsfragen diskutiert werden.

Praxisorganisation

www.praxisstellen.ch

Dr. med. F. Rohrer,
Innere Medizin FMH, Lausen

Der Arbeitsmarkt für Medizinische Praxisassistentinnen ist zunehmend ausgetrocknet, die Möglichkeiten, Inserate zeitgerecht in medizinischen Zeitschriften oder Verbandszeitschriften unterzubringen, sind beschränkt. Um den stellen anbietenden Ärzten eine immer aktuelle Plattform zu bieten und

die stellensuchenden Praxisassistentinnen rasch über neu ausgeschriebene Stellen informieren zu können, wurde vom Schweizerischen Verband Medizinischer Praxisassistentinnen (SVA) ein Internetstellenportal geschaffen. Mit dem selbstsprechenden Domainname **www.praxisstellen.ch** wird ein hoher Bekanntheitsgrad angestrebt. Den stellensuchenden MPA wird eine Mailingliste angeboten, das heisst bei Eingang einer

neuen Stellenausschreibung werden diese durch ein E-Mail umgehend darüber informiert. Gegenüber der bisherigen SVA-Stellenliste (2 Wochen zu Fr. 50.–) sind die Inserierungskosten tiefer geworden (6 Wochen zu Fr. 89.–). Die Website weist zudem Links zu verschiedenen Ausbildungsstätten auf. Inserate können entweder Online unter www.praxisstellen.ch oder per Fax unter 01/770 90 82 eingesandt werden.

Aus dem Vorstand BS

Der noch amtierende Präsident Lutz v. Laer berichtete unter anderem über die aktuelle Diskussion, die an der Präsidentenkonferenz zur Aufhebung des Kontrahierungszwangs geführt wurde. Im Nationalrat werde das Thema schon vorsichtiger angefasst als im Ständerat. Anscheinend dringt durch, was man schon heute wissen kann: die BRD und Frankreich gehen aufgrund neuer Arbeitszeitgesetze einem Ärztemangel entgegen. Wer möchte unter diesen Umständen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs verantworten, bei der es nur um eine lineare Reduktion der Anzahl Arztpraxen gehe?

Wie auch immer unsere Schutzmassnahmen ausfallen: es ginge primär darum, im Gesundheitswesen die Datenparität zu erlangen, was durch die Einrichtung von TrustCenters (TC) geschehen wird. Dies könne nach dem 3×JA zu Tarmed nun realisiert werden.

Am Conclave vom 27.4.02 werden folgende Traktanden behandelt: MNZ, Umstrukturierung Sekretariat, TC. Die AeGBL soll angefragt werden, ob sie am 27.4.02 am Conclave zum Thema TC anwesend sein möchte.

Die Tarmed-Schulung wird an folgenden Daten stattfinden:

30. Mai 2002. Eine zweite Schulung wird bei Bedarf im Herbst stattfinden.

NFD: Es soll eine AG mit Vertretern aus der Praxis sowie aus dem KBS gebildet werden, welche ein Konzept betr. Umsetzung der Permanence erarbeiten soll. An der MV vom 20.6.02 wird darüber abzustimmen sein, ob dem Prinzip einer Dienst-Ersatz-Abgabe (DEA) grundsätzlich zugestimmt wird. Ausserdem wird darüber abgestimmt, ob die DEA in der vorgeschlagenen Höhe akzeptiert werde.

Als Vertreter der MedGes in der Lungenliga wird Dr. J. Forrer in die AG betr. TBC-Reihenuntersuchungen vorgeschlagen.

Automatische Dünnschichtmethode: der Replik vom 8.3.2002 an das Amt für Sozialbeiträge/Rechtsdienst zur Stellungnahme der *santésuisse* vom 21.2.2002 wird durch nachträglichen Beschluss zugestimmt.

MV 21.3.2002 – Telegramm:

Eine a.o. MV wird am 20.6.02 stattfinden. Themen: Umstrukturierung Sekretariat. Reorganisation NFD. Budget MNZ, Sonderbeitrag.

Angenommene Anträge:

Dr. med. Silvia Cueni: der Ehrenrat der MedGes Basel soll künftig jährlich einen schriftlichen Jahresbericht zu Händen aller MedGes-Mitglieder erstellen.

Dr. med. Christine D'Souza: sämtliche Interessenverbindungen wichtiger FunktionsträgerInnen sollen bekanntgegeben werden.

Décharge zu Jahresrechnung 2001, Budget 2002.

MPA: Beitragssenkung beschlossen auf neu: 200.–.

FIKO: als drittes Mitglied kommt Prof. Dr. A. Hoffmann per Akklamation zu den bisherigen Dr. Philippe Lyrer-Gaugler und Dr. Claude Scheidegger in die FIKO, deren neues Reglement gutgeheissen wird.

Neue Revisionsstelle: Conto GmbH, Salinenstrasse 9, 4052 Basel.

Präsidium, Ersatzwahl bis zur MV 2003 (anstelle des zurücktretenden Prof. Dr. Lutz v. Laer): Dr. med. Renato Marelli, seit 1990 im MedGes-Vorstand, mit grossem Applaus gewählt. Herzliche Gratulation! Dr. Marelli spricht sich in seinem Antrittsstatement u.a. für «fachliche und ökonomische Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte» aus. Ziel: eine «optimale Medizin für alle».

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (fr, Chefredaktor),
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin (ci),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH,
Redaktor Fortbildungskalender
(E-Mail Christoph.Itin@hin.ch)

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

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

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

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

Konzept

Schaffner & Conzelmann AG, Basel

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise:

erscheint acht Mal jährlich

Inseratenregie

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

Ärztegesellschaft Baselland

Sekretariat der Ärztegesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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