



Leitartikel

aus dem Inhalt

Die KWFB – das heimliche Powerhouse der FMH

Dr. med. J. Fritschi, Pfeffingen

Als vor einigen Jahren an einem hektischen Praxismittag das Telefon klingelte und ich eine informelle Anfrage unseres Sekretärs für die Übernahme eines KWFB-Mandats für die VEDAG erhielt, zuckte ich leicht die Schultern und sagte dann einfach

einmal zu. «Little did I know» – gleichzeitig bekam ich nämlich einen Sitz im KWFB-Ausschuss und einen Sitz in der Titelkommission – mithin ein Bon für vier Sitzungen pro Jahr und fast tägliche Titelgesuche auf dem Tisch.

→ Fortsetzung Seite 3

- Tropenrückkehrer 4
- Aufhebung Kontrahierungszwang 7
- Aus dem Vorstand 9
- Informationskommission 11
- GAMBA 13
- Prämienflyer 13
- Veranstaltungskalender 14

Editorial

Alle Jahre wieder steigen die Krankenkassenprämien. «Die Medizin» wird wieder 10 Prozent teurer, der Zusammenhang mit uns Ärztinnen und Ärzten ist schnell hergestellt: zu viele Ärzte behandeln zu viel, operieren zu viel und verdienen zu viel. Damit scheint die Lösung des Problems ganz einfach: ein «Weltenlenker» müsste dafür sorgen, dass weniger Ärzte weniger behandeln und am Schluss weniger verdienen. Einfache, scheinbar logische Überlegungen führen doch meistens zu vernünftigen Lösungen, Ursache und Wirkung finden sich wie von selbst. Jedesmal, wenn man eine Dampflokomotive in Bewegung sieht, hört man die Pfeife, sieht das Ventil sich öffnen und die Räder sich drehen. Daraus würde aber niemand den Schluss ziehen, die Bewegung der Lokomotive habe ihren Grund im Pfeifen und in den Umdrehungen der Räder. Der grosse russische Autor Leo Tolstoj hat in seinem berühmten Werk «Krieg und Frieden» mit diesem Beispiel die «einfachen» Erklärungen,

die die Geschichtsschreiber damals anstellten, kritisiert. Es waren nicht Napoleon oder der russische Zar, es war nicht deren Einfluss als «Kriegslenker», die ein ganzes Räderwerk in Bewegung setzten und dem letzten Kosaken seine Aufgabe auf dem Schlachtfeld zuordneten. Tolstoj schrieb, man müsse sich von den Königen, Ministern und Generälen abwenden und die gleichförmigen, unendlich kleinen Elemente studieren, die das Handeln der Massen bedingen.

Was haben aber die napoleonischen und russischen Armeen mit unseren Krankenkassenprämien gemein? Die Gesundheitskosten entstehen aus unendlich vielen kleinen Elementen, aus Einzelschicksalen von Patienten, Pflegepersonal, Ärzten und auch Politikern und Krankenkassenvertretern. Ein Napoleon, der sich aufmacht, Kraft seines Willens und seiner Macht vom Feldherrenhügel aus den Krieg gegen die Krankenkassenprämien zu führen und zu gewinnen, wird genauso wie sein Vorgänger sein Waterloo

und sein St. Helena erleben. Lösungen können nicht durch Befreiungsschläge, Federstriche oder Presseattacken gefunden werden, Lösungen müssen zusammen mit allen Beteiligten, Patienten, Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten, Apothekern, Spitälern, Krankenkassen und Politikern erarbeitet werden und immer wieder an die aktuellen Bedürfnisse angepasst werden. Nur mit diesem langfristigen Denkansatz kann unser Gesundheitssystem dauerhaft verbessert werden und auf lange Sicht bezahlbar bleiben. Für eine Garantie, dass nächstes Jahr die gleiche Prämien-Hiobsbotschaft nicht wieder verbreitet werden muss, ist es zu früh. Dies müsste man einem Napoleon überlassen!

Dr. med. F. Rohrer

Inzwischen ist es Zeit für einen Nachfolger geworden – wer weiss schon, wie wichtig und für die langfristigen Entwicklungen entscheidend diese Kommission ist. Das «daily business» wird in der Abteilung AWF der FMH vom Juristen Christoph Hänggeli bearbeitet, mit ihm zusammen arbeiten einige in allen Fragen der Weiter- und Fortbildung bestens bewanderte Fachkräfte. Diese Abteilung beansprucht immerhin ein volles Drittel des FMH-Budgets und wird vom KWFB-Präsidenten Max Giger geführt.

Alle neuen Programme der Fachgesellschaften, ihre Schwerpunkte, alle Fertigungs- und Fähigkeitsausweise und die Reglemente der Weiter- und Fortbildung (WBO und FBO) werden zuerst im Büro der KWFB diskutiert – also von Max Giger und den zwei Vizepräsidenten/innen Jean-Claude Keller (SGAM) und Susanne Stöhr (VSAO). Diese Programme werden durch zugezogene externe Experten beurteilt (meist ehemalige Mitglieder der KWFB) und im 18-köpfigen Ausschuss besprochen. Es

soll schon vorgekommen sein, dass Vorschläge des Ausschusses in der entscheidenden Ärztekammer abgelehnt wurden – aber es kann sich niemand so recht an diese Fälle erinnern. Fact ist, dass im Büro und im Ausschuss die Leitlinien gelegt werden und die Arbeit in diesem Gremium deshalb ausserordentlich interessant ist. Mittlerweile ist allen klar, dass die Programme über den Kurs unserer Medizin entscheiden: welche Weiterbildungsstätten werden wie beurteilt, welche Spezialisierungen soll es in unserem Land geben, wo finden die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Fächern statt, wie wird geprüft, wie und ob man rezertifizieren muss ... Über diese Fragen wird zwar überall im Land diskutiert, entschieden werden sie aber in der KWFB, wenn auch die Ärztekammer und der Bund juristisch das letzte Wort haben. Wer schon an der Ärztekammer war, weiss, dass dort nur selten echte Diskussionen stattfinden – les jeux sont faits.

Es ist notwendig, dass in der KWFB die Stimme des liberalen, in der Praxis verwurzelten Arztes zum Tragen kommt; jede Bürokratie

tendiert seit ihrer Erfindung in Preussen zur weiteren Verkrebsung aller Reglemente bis ins feinste Detail und damit zur Überreglementierung. Die KFWB und auch neu tretende Präsidenten machen hier keine Ausnahme. Die «Euroharmonisierung» ist jetzt kein Argument mehr, da vollzogen, und damit ist es eine Frage der Weltanschauung, wie weit oder wie eng wir unsere eigenen Reglemente gestalten. Eine Neufassung der FBO, welche die eiserne Lunge wie einen Freizeitpark aussehen liess, konnte mit vehementer Gegenwehr des Ausschusses im Frühling dieses Jahres zurückgewiesen werden, und die jetzt vorliegenden Neufassungen sind schon beinahe akzeptabel. Der Widerstand kam primär aus der Grundversorgerphalanx, und dieses Moment gilt es zu erhalten. Für engagierte und auch mutige Kollegen ist die Arbeit in diesem Gremium deshalb eine interessante Betätigung.

Notfalldienst/ Dispensations-Regelung

(Traktandum GV 22. 11. 01)

Dr. med. L. Wagner, Birsfelden

Der Arbeitsausschuss hat sich an einer Klausursitzung schwerpunktmässig mit den geltenden Notfalldienst-Regelungen befasst. Ausgehend von den in letzter Zeit gehäuften Dispensationsgesuchen war dabei ein Hauptthema die entsprechende Dispensations-Regelung. Auch wenn in Sachen Notfalldienst in nächster Zeit noch grössere Probleme anstehen (Sorgen macht nicht zuletzt die Altersgrenze von 55 Jahren, welche in mehreren Notfall-Kreisen die Zahl der diensttuenden Ärzte in den nächsten Jahren drastisch schrumpfen lässt), hat der Vorstand vorgesehen, der GV vorläufig nur eine «kleinere Revision» im Hinblick auf eine zeitgemässe Anpassung der Dispensations- und Ersatzabgabe-Regelung vorzuschlagen. Grundgedanke dabei ist, dass die Notfalldienst-Leistung – aufgrund des entsprechenden gesetzlichen Auftrages – eine

grundsätzliche Pflicht für alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte darstellt. Soweit diese Pflicht (aus ganz speziellen, definierten Gründen) nicht in natura geleistet wird, soll im Prinzip – analog dem Militärpflichtersatz – immer eine Ersatzabgabe geschuldet sein. Die Höhe dieser Abgabe soll in der Regel einem vollen Jahresbeitrag der Ärztesgesellschaft Baselland entsprechen. Die NFD-Ersatzabgaben sollen teils der allgemeinen Kasse der Ärztesgesellschaft, teils den Notfalldienstkreisen (bzw. den Fachgruppen mit spezialärztlichem Notfalldienst) resp. denjenigen Kolleginnen und Kollegen zugute kommen, welche Notfalldienst leisten. Abgesehen von der grundsätzlichen Ersatzabgabe-Pflicht für nicht Notfalldienst leistende Ärztinnen und Ärzte (unter derzeit 55 Jahren) ist vorläufig keine grundsätzliche Änderung der geltenden Notfalldienst-Regelung vorgesehen.

Kommen Sie an die GV vom 22. November und diskutieren Sie mit über die Vorlage!



Tropenrückkehrer 2001

Die Synapse ist keine Fortbildungszeitschrift. Peer-reviews und andere qualitätssichernde Massnahmen sind uns nicht möglich. Wenn ein solcher Artikel erscheint, ist dies als Hinweis auf ein «brennendes» Thema zu werten, dass in immer grösserem Masse die Ärzte des allgemeinen Notfalldienstes betrifft. In diesem Sinne erscheint diese aktualisierte Zusammenfassung der wichtigsten «facts» zum Thema Tropenrückkehrer.

PD Dr. med. Ch. Hatz, Basel

Mehr als 1200 000 Schweizer und Schweizerinnen reisten im Jahr 2000 in tropische oder subtropische Länder (1). In den Sommermonaten sowie im Winter reisen besonders viele Menschen in tropische Länder. Obwohl sich die Zahlen im Zusammenhang mit dem schrecklichen Terrorakt von New York in diesem Jahr möglicherweise nach unten korrigieren werden, scheint die Reise lust der Schweizer Bevölkerung ungebrochen zu sein. Schätzungsweise 50% der Reisenden leiden während oder nach der Reise unter einer Gesundheitsstörung. Etwa 10% beanspruchen nach ihrer Rückkehr ärztliche Hilfe (2). Die Frage nach der letzten Tropenreise genügt bei der Anamneseerhebung nicht, da auch frühere Aufenthalte in tropischen Ländern bedeutsam sein können. Der Grund dafür sind die zum Teil langen Inkubationszeiten möglicher Infektionen. Die geographische Anamnese und die zeitliche Abfolge der Symptome ermöglichen den sinnvollen Einsatz von Laboruntersuchungen (3).

Fieber bei Tropenrückkehrern erfordert immer eine notfallmässige Untersuchung zum Ausschluss einer Malaria. Während der letzten Jahre wurde dem Bundesamt für Gesundheit eine konstant hohe Zahl der Malariainfektionen, speziell der gefährlichsten Form der Falciparum-Malaria (früher als Malaria tropica bezeichnet) gemeldet. Die meisten Fälle der Falciparum-Malaria in der Schweiz werden bei Besuchern West- und Ostafrikas beobachtet, wo sich in den letzten Jahren eine zunehmende Resistenz dieser Parasiten gegen die verschiedenen Medikamente entwickelt hat. Der Zeitabstand zwischen einer Infektion während einer Tropenreise und dem Auftreten einer fieberhaften Erkrankung kann im Falle einer Falciparum-Malaria von einer Woche bis zu einem Jahr betragen. Der typische Fieberverlauf mit symptomfreien Intervallen tritt nur bei einem Fünftel der Erkrankten auf. Es ist wichtig zu wissen, dass eine zuverlässig durchgeführte Chemoprophylaxe das Risiko einer Infektion zwar um über

90% senken, aber nicht sicher verhindern kann. Im ungünstigen Fall wird die Diagnostik durch die Einnahme eines prophylaktisch eingenommenen Malariamedikaments sogar erschwert, weil die Parasiten im peripheren Blut nicht nachgewiesen werden. Dies kann speziell bei Medikamenten mit langer Halbwertszeit, wie zum Beispiel Mefloquine, der Fall sein. Selbstverständlich spricht dies nicht dagegen, solche Medikamente als Prophylaxe einzunehmen.

Die üblichen Untersuchungen für Plasmodien, der dicke Tropfen und der konventionelle Blutaussstrich, werden heute durch die sogenannten Schnelltests ergänzt. Die zwei verfügbaren Produkte weisen, mit einer Sensitivität und einer Spezifität von über 90%, ein spezifisches Antigen (HRP2) von *P. falciparum* und *Plasmodium vivax* nach. Die übrigen zwei Arten der human-pathogenen Malaria werden mit diesen Tests (noch) nicht erfasst. Wegen verschiedener Probleme können diese Tests derzeit Reisenden für die Selbstdiagnose nicht empfohlen werden.

Die Therapie der Malaria richtet sich nach dem Erreger und dessen geographischer Herkunft. Trotz erster Berichte über *P. vivax*-Chloroquinresistenz ist dieses Medikament noch immer das Mittel der Wahl bei der Malaria tertiana und quartana. Die Behandlung der Falciparum-Malaria ist wesentlich komplexer und sollte mit einem Spezialisten besprochen werden. Bei der unkomplizierten Form sollen die Parasiten mit möglichst wenig Nebenwirkungen abgetötet werden. Die Behandlung erfolgt je nach geographischer Herkunft des Erregers mit Artemether/Lumefantrin, Atovaquone/Proguanil oder Mefloquine, oder einer Kombination von Chinin mit einem Tetracyclin.

Rickettsiosen, Dengue- und andere Arbovirosen sind häufig die Ursache von Fieber bei Tropenrückkehrern, doch werden diese Diagnosen nur selten gestellt, besonders wenn ein Exanthem oder eine primäre Hautläsion fehlen. Tritt ein fieberhafter Zustand



später als 3–4 Wochen nach Rückkehr aus einem Endemiegebiet auf, ist diese Diagnose unwahrscheinlich. Selten wird eine Hepatitis übersehen, welche bei etwa einem von 250 ungeschützten Tropenrückkehrern zu erwarten ist. Neben der wegen der Impfung seltener werdenden Hepatitis A wird die Hepatitis B bei zahlreichen Reisenden beobachtet. Abgesehen vom individuellen Nutzen trägt die Aktivimpfung gegen die Hepatitiden A und B wesentlich dazu bei, längere Arbeitsausfälle nach Tropenaufenthalten sowie die Spätfolgen der Hepatitis B zu verringern.

Die meisten Gesundheitsstörungen während oder nach einem Aufenthalt in tropischen oder subtropischen Ländern betreffen den Respirations- oder Magendarmtrakt. Die häufigste Ursache für einen Arztbesuch nach einer solchen Reise ist eine akute oder chronische Durchfallerkrankung. Tritt diese während oder kurz nach der Reise auf, so ist sie meist viraler oder bakterieller Ursache. Flüssigkeitsersatz genügt in der Regel als Behandlung. Ausserdem sollen Milchprodukte und Alkohol

während einiger Tage bis Wochen vermieden werden. Auf eine Abklärung kann verzichtet werden, wenn es sich nicht um blutig-eitrige Durchfälle handelt oder die Durchfälle von starken Abdominalkrämpfen begleitet sind. In diesen Fällen sind oft Salmonellen, Shigellen, Campylobacter oder Amöben im Spiel. Hat der Patient gleichzeitig Fieber, ist auch an eine Malaria zu denken. Bei Durchfällen, die länger als 5–7 Tage andauern, muss gezielt nach Protozoen gesucht werden. Bei Lamblieninfektionen klagen die Patienten typischerweise über breiige, helle, übelriechende Stühle mit Flatulenz. Diese Erreger werden oft zyklisch ausgeschieden. Deshalb müssen mindestens zwei bis drei Stuhlproben (in SAF-Fixierlösung) an einem erfahrenen Labor untersucht werden. Lamblien und Amöben werden bei Langzeitaufenthalten häufiger beobachtet als bei Touristen.

Die Pathogenität gewisser Protozoen wird seit einiger Zeit diskutiert. Es ist bekannt, dass nur etwa 10% der Träger von Entamoeba histolytica eine symptomatische, invasive Amoebiose entwickeln. Ob sich die Pathogenität von E. histolytica durch Umgebungseinflüsse wie die bakterielle Flora verändern kann oder ob sie genetisch festgelegt ist, kann nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden (4). Mit Hilfe der Zymodembestimmung ist es heute möglich, in vielen Fällen pathogene von apathogenen Amöben zu unterscheiden. Leider ist diese Methode bislang noch zu aufwendig für die Routinediagnostik. Bis die Lücke – möglicherweise mit anderen Laboruntersuchungen (PCR) – geschlossen werden kann und die Frage der Pathogenität geklärt ist, wird empfohlen, alle Zystenträger zu behandeln. Dass die Grenze vom harmlosen Bewohner des Darmlumens zum pathogenen Agens fließend sein kann, zeigt auch die Diskussion um andere Amöbenarten und um die Blastozysten. Die Blastozysten wurden sowohl bei immungeschwächten als auch bei immunkompetenten Personen als mögliche Ursache von Durchfallerkrankungen bezeichnet (5). Viele Fragen bezüglich Übertragung, Krankheitsentstehung und Therapie sind noch offen. Bei länger andauernden oder rezidivierenden Durchfällen ist auch eine Cryptosporidieninfektion (nachweisbar mit der Auramin- oder der Ziehl-Neelson-Färbung) zu erwägen. Da in der Frühphase von Durchfällen häufig Antibiotika eingesetzt werden, ist bei chronischer Diarrhoe eine iatrogene Ursache auszuschliessen. Patienten unter H₂-Blockern oder Antazida sind einem erhöhten Infektionsrisiko, beispielsweise beim Typhus, ausgesetzt.

Helminthen sind relativ selten die Ursache für eine Durchfallerkrankung. Stuhluntersuchungen zum Helminthennachweis sind nur sinnvoll, wenn mehrere Wochen seit dem möglichen Infektionszeitpunkt verstrichen sind.

Importierte Geschlechtskrankheiten wurden im Zusammenhang mit der AIDS-Epidemie in den 90-er Jahren seltener beobachtet, doch scheint die Anzahl ungeschützter Geschlechtskontakte in den letzten Jahren wieder zuzunehmen. Die Gonorrhoe steht bei den ursächlichen Keimen an erster Stelle.

Häufig stellen in den Tropen erworbene Hauterkrankungen diagnostische Knacknüsse dar. Neben sekundär infizierten Mückenstichläsionen und Pilzinfektionen wird auch die Krätze häufig diagnostiziert. Zur Klärung der Ätiologie von Läsionen kann häufig das differenzierte Blutbild beitragen. Bei der kutanen Larva migrans kann eine leichte Eosinophilie bestehen, bei einem mehrere Monate zurückliegenden Tropenaufenthalt ist bei einer Eosinophilie eine Onchozerkose auszuschliessen. Pigment- und Sensibilitätsstörungen sind typische Zeichen der Lepra. Diese Krankheit wird in der Schweiz selten bei Flüchtlingen beobachtet. Bei chronischen Hautulcera soll die bakteriologische Abklärung auch Mykobakterien und Diphtherie einschliessen. Ferner ist nach Leishmanien zu suchen. In den letzten Jahren hat diese Krankheit auch im Mittelmeerraum wieder an Bedeutung gewonnen.

Eine Anmerkung zur Tollwut: Streunende Hunde in Ländern des Südens sind häufig mit dem Tollwutvirus infiziert. Auch bei lange zurückliegenden Bissen durch tollwutverdächtige Tiere wird heute eine aktive und passive Impfung uneingeschränkt empfohlen. Deshalb ist bei der Anamnese konsequent nach solchen Tierkontakten zu fragen.

Der praktische Arzt wird häufig mit Patienten konfrontiert, die sich in den Tropen eine «exotische» Krankheit zugezogen haben. Dabei kann er drei Gruppen unterscheiden:

1. Die Einwohner tropischer und subtropischer Länder, die sich als Gäste oder Flüchtlinge in der Schweiz aufhalten;
2. Schweizer, die aus beruflichen Gründen für längere Zeit in tropischen Ländern wohnen und meist mit den Verhältnissen ihres Gastlandes vertraut sind («Expatriates»);

3. Ferienreisende, die sich wiederum in zwei Untergruppen aufteilen: einerseits Touristen mit einem ein bis sechs Wochen dauerndem Aufenthalt unter meist komfortablen Umständen, andererseits unter nicht optimalen hygienischen Bedingungen reisende, meist jüngere Personen, die während Wochen bis Monaten in verschiedenen Ländern unterwegs sind.

Die Letzteren wie auch unter sehr einfachen Verhältnissen lebende Langzeitaufenthalter sind einem erhöhten Risiko übertragbarer Krankheiten ausgesetzt. Für sie kann das zutreffen, was ein Missionar im Jahr 1830 etwas überspitzt so formuliert hat: «es ist zwar mehr, dass das Klima tödlich auf den Europäer einwirkt, aber nicht minder ist es auch, dass die meisten durch ihre Unvorsichtigkeit sich selbst morden».

Wichtige Informationen aus dem Schweizerischen Tropeninstitut:

Internet: www.safetravel.ch

Spezielle Impfauskünfte:

Montag bis Freitag: 8.30–11.30/14–17 Uhr.
Tel. 0900 57 51 31 (2.13/Min.)

Fachauskünfte für Ärzte:

Montag, Dienstag, Donnerstag 8–10 Uhr;
Mittwoch, Freitag 15–17 Uhr (3.43/Min.)
Medizinische Notfälle (keine Impfauskünfte): Tel. 061 284 81 47

Bibliographie

1. Bundesamt für Statistik: Reiseverkehr der Schweizer im Ausland 1999, 2000.
2. Steffen R., Rickenbach M., Wilhelm U., et al.: Health problems after travel to developing countries. *J. Infect. Dis.* 158, 84–91, 1987.
3. Hatz C. Reisemedizinische Beratung und Impfungen. Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis), 89: 868–77, 2000.
4. Ravdin J.I.: Amebiasis now. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 41 (Suppl.), 40–8, 1989.
5. Blastocystis hominis: commensal or pathogen? *Lancet* I, 521–2, 1991.

Aufhebung Kontrahierungszwang – ante portas?

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Der Kontrahierungszwang soll fallen – so lautet der Kurs des Ständerates nach der Herbstsession. Die Berner FDP-Ständerätin Christine Beerli, eine der Promotorinnen der Aufhebung des Kontrahierungszwanges, verspricht sich eine «kreative Unruhe» im Kreis der Ärzteschaft und hofft, dass die Lockerung des Vertragszwanges zu neuen Versicherungsmodellen, regionalen Netzwerken und zu wettbewerbspolitisch notwendiger Konkurrenz – auch bezüglich des Preises – führen wird. Trotz des forschenden Vorgehens im Ständerat und trotz des Applauses der Krankenversicherer muss die Vorla-

ge bis zur Wintersession einen «Boxenstop» einlegen. Fragen wie die Härtefallregelung für Chronischkranke, die Gewährleistung der Versorgungssicherheit in den Kantonen oder die Qualitätssicherung nötigen auch die ständerätliche Gesundheitskommission zu «vertieften Überlegungen». Einem Modell mit weitgehenden Freiheiten für die Krankenkassen hat der FMH-Zentralvorstand mit seiner Referendumsdrohung bereits den Kampf angesagt. Auch die Patientenorganisationen sehen grosse Gefahren und möchten die Zulassung zu den sozialen Krankenversicherungen vor allem mit Qualitätskriterien regeln. Sofern die Spitalambulatorien tatsächlich dem gleichen

Recht unterstellt werden, dürfte auch von Seiten der Sanitätsdirektionen mit Widerstand gegen diesen Teil der KVG-Revision zu erwarten sein. Umfragen zeigen, dass das Schweizer Volk für diese weitreichende Veränderung der Arztwahlmöglichkeiten nicht vorbereitet ist. Ohnehin finden sich nach diversen verlorenen Abstimmungen über Elektrizitätswerke, nach dem Ruf des Nationalrates zur Erhaltung möglichst vieler Poststellen und nach dem Swissair-Debakel die wirtschaftlichen Liberalisierungsbemühungen im Gegenwind. Wie weit dies sich auf die Aufhebung des Kontrahierungszwanges überträgt, muss offen bleiben.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärtzelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Was bedeutet Kontrahierungszwang aus volkswirtschaftlicher Sicht?

Die ökonomische Theorie betrachtet einen Kontrahierungszwang als Ausnahme von der grundsätzlichen Vertragsfreiheit. In unserem Fall bedeutet dies, dass die Krankenkassen als Anbieter von Versicherungsleistungen auf Teile ihrer Vertragsfreiheiten verzichten müssen und mit allen in der Schweiz praktizierenden Ärzten Leistungen abrechnen müssen. Ähnliche Einschränkungen der Vertragsfreiheit bestehen bei Infrastrukturbetrieben, z.B. bei Verkehrs- oder Energieversorgungsunternehmen. Als Bahnfahrer habe ich z.B. nicht die Vertragsfreiheit, in der ganzen Schweiz mit der Oensingen-Balsthal-Bahn einen Beförderungsvertrag abzuschliessen zu können. Seit der Einführung des KVG hat sich die schweizerische Tariflandschaft nicht grundsätzlich geändert, Sonderverträge wie z.B. Hausarztmodelle haben die erwünschte Verbreitung nicht gefunden. Das Axiom, dass an Orten mit hoher Ärztedichte auch höhere Kosten – nicht nur Arzteinkommen, sondern auch Aufwendungen von Spitälern, Physiotherapien, Labors, Röntgeninstituten, Spitem-Organisationen etc. – entstehen, konnte bisher nicht widerlegt werden. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Der lange fehlende Numerus clausus führt zu einer Zunahme der ausgebildeten Ärzte, die bilateralen Verträge zu einer weiteren erheblichen Zunahme von in der Schweiz zur Praxistätigkeit zugelassenen Ärzten. Kommt kein Vertrag zwischen Ärztesellschaft und Krankenkassenvertrag zustande, garantiert der vom Staat dann zu erlassende Vertrag die Tarife. Anreize für mehr Wettbewerb, für Rabatte oder andere Preisberechnungsmodelle (z.B. Capitations) fehlen. Trotz eines «gesättigten» Marktes tendieren die Preise nicht nach unten. Für diejenigen, die die aus dem Gesundheitssystem bezogenen Leistungen bezahlen müssen, geht die Rechnung schliesslich nicht mehr auf.

Was bedeutet die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die Patienten?

Die Patienten waren bisher gewohnt, ihren Hausarzt oder ihren Spezialisten selbst auszuwählen, die Versicherung hat die erbrachten Leistungen danach bezahlt. Würde der Kontrahierungszwang aufgehoben, müssten die Patienten sich entweder nach dem «Ärzteangebot» ihrer Krankenkasse richten und nehmen, was es dort gibt oder sie müssten sich zunächst überlegen, welchen Arzt (oder welche Ärztegruppe) sie in

einem Krankheitsfall aufsuchen möchten und dementsprechend die geeignete Krankenkasse auswählen. Voraussetzung für ein solches System ist aber eine weitgehende Transparenz des Marktes: Patienten müssten die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Ärzten vergleichen zu können. Was schon beim Studieren von Reisekatalogen, beim Prämienvergleich zwischen Krankenkassen oder Lebensversicherungen, beim Vergleich von Telefon- oder Bankgebühren undurchsichtig wird, dürfte bei Ärzten und den sehr individuellen Kriterien unserer Patienten zum vollständigen Fehlen jeder Transparenz oder zur Verwendung von werbewirksamen Pseudokriterien (von der Anzahl von Parkplätzen bis zur Anzahl von Philippe-Starck-Stühlen im Wartezimmer) führen. Ohne spezielle Regelungen besteht für den Patienten ohnehin keine Gewähr, dass die qualitativ besten Ärzte für die Sozialversicherungen arbeiten oder dass in der näheren Umgebung z.B. ein Haut- oder Augenarzt zur Verfügung steht. Vielleicht müssen Sissacher Patienten in Zukunft den Gastroenterologen in Zofingen aufsuchen, da dieser günstiger offeriert hat. Für die meisten Patienten würden chaotische Zustände entstehen: bei jeder Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen sowohl in der Arztpraxis wie in der Spitalambulanz müssten sie sich vergewissern, dass sie es mit einem von ihrer Versicherung akzeptierten Leistungserbringer zu tun haben. Ältere Patienten, depressive Patienten oder sprachunkundige Ausländer wären sicher überfordert.

Was bedeutet die Aufhebung des Kontrahierungszwanges für die Ärzte?

Vieles geht bereits aus den obigen Ausführungen hervor. Es wird Ärzten geben, die sogar ihr Einkommen verbessern können, andere werden erhebliche Einbussen erleiden, weil sie nur noch mit einigen Krankenkassen Verträge abschliessen konnten. Aus wettbewerbsrechtlichen Gründen dürfen die Krankenkassen allerdings keine Absprachen treffen, um z.B. einzelne missliebige Ärzte ganz zu boykottieren. Ganz entscheidend wird auch die Vertragsdauer werden: haben die Verträge nur kurze Laufzeiten, z.B. nur zwei Jahre, fehlt der Investitionsschutz weitgehend. Es wird sich dann kaum noch eine Bank finden, die einem Arzt einen Kredit für eine Praxiseröffnung gewährt. Durch die ökonomische Hintertür könnte damit auch bei uns der «frierende englische GP», der nichts ausser einem Rezept- und Überweisungsblock und einem Stethoskop besitzt, eingeführt werden!

Probleme entstehen auch in der Altersvorsorge, können doch Arzthäuser oder bestehende Praxen kaum mehr (oder nur zu sehr tiefen Preisen) nach der Praxisaufgabe veräussert werden. Voraussichtlich werden aber die Krankenkassen nur ausnahmsweise mit einzelnen Ärzten Verträge abschliessen. Vor allem die grossen Kassen forcieren Verträge mit Ärztenetzwerken, die aber gegenüber den heutigen Hausarztmodellen alle Stufen der Versorgung (Haus- und Spezialarztpraxen, Spitäler, Labors, Apotheken etc.) abdecken müssen. Dabei wollen sie auch «Leitungsfunktionen» bis zur Definition der Anzahl tätiger Ärzte und zur Qualitätssicherung an diese Netzwerke weitergeben. Völlig offen bleibt z. Zt., welche Mitglieder dieser Netzwerke Kompetenzen abgeben und wie die notwendigen Fachleute und EDV-Systeme finanziert werden sollen.

Aus politischer und ökonomischer Sicht scheint die Aufhebung des Kontrahierungszwanges eine bestechende Idee zur Zerschlagung des gordischen Knotens der ständig wachsenden Gesundheitskosten und Krankenkassenprämien zu sein. Eine genauere Analyse zeigt, dass aus der Sicht der Direktbetroffenen, der Patienten und der Ärzte, viele Fragen nicht geklärt sind. Es ist im jetzigen Zeitpunkt völlig unklar, ob eine Mehrheit der Stimmbürger von der gewünschten «kreativen Unruhe» mit einem völlig veränderten Gesundheitswesen zu überzeugen ist. Für uns Ärzte bedeutet Aufhebung des Kontrahierungszwanges nicht nur, dass Einkommen und Gewohnheiten in Gefahr sind, sondern dass ein Umbruch in wesentlichen Teilen unserer Praxistätigkeit auf uns zukommen wird.

Aus dem Vorstand

Generalversammlung

22. November 2001
15.00 Uhr

Achtung neuer Ort!
Ebenrain Sissach

Zugriff auf die Website wird in absehbarer Zukunft nur über die ASAS-Sicherheitstechnologie von HIN, also über ein HIN-Abonnement möglich sein. Also melden Sie sich bald bei www.hin.ch an! Die Kosten für das Abonnement sind im FMH-Beitrag enthalten, es ist also faktisch «gratis»!

Notfalldienstreglement (Traktandum GV 22. 11. 01)

Ausgehend von den in letzter Zeit gehäuftem Dispensationsgesuchen hat der Arbeitsausschuss eine Klausursitzung zum Thema durchgeführt. Es wurde im Wesentlichen festgestellt, dass grundsätzlich die Pflicht zur Beteiligung am Notfalldienst besteht, auch für Nicht-Mitglieder unserer Gesellschaft. Dies leitet sich vom gesetzlichen Auftrag ab, welcher die AeGBL verpflichtet, den ambulanten Notfalldienst zu organisieren. Dem Vorstand wurde eine zeitgemässere Lösung vorgestellt, welche sich mit wenigen Anpassungen der bestehenden Reglemente verwirklichen lässt. Sie beruht im Grundsatz darin, dass bei Dispensationen eine Ersatzabgabe geschuldet wird, welche teils der allgemeinen Kasse der Gesellschaft, teils den Notfalldienstkreisen und teils denjenigen Kolleginnen und Kollegen zugute kommen soll, welche Notfalldienst leisten. Diese Ersatzabgabe ist (analog dem Militärpflichtersatz) im Prinzip immer geschuldet. Deren Höhe liegt im Bereich eines Jahresbeitrags für die Ärztesgesellschaft Baselland und soll sich in Abstufungen nach der Praxisarbeitszeit richten. Kommen Sie an die GV vom 22. November und diskutieren Sie mit!

Medikamentenabgabe LOA

Seit Einführung der neuen Spezialitätenliste am 1. Juli 2001 ist eine Verhandlungsdelegation der FMH unter Leitung von Dr. W. Häuptli (Luzern) daran, mit *santésuisse* (vormals Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen SKK) eine Lösung für die selbstdispensierenden Ärzte zu finden, um den Margenverlust auszugleichen. Präsident Dr. R. Schwarz ist als Beirat dieser Verhandlungsdelegation in engem Kontakt mit den Entscheidungsträgern. Die Verhandlungen finden im Umfeld der Diskussionen um den Rahmenvertrag TarMed statt. Das vereinfacht die Situation nicht, auch wenn formal LOA und TarMed nichts miteinander zu tun haben. Neueste Informationen finden Sie auf der website www.aerzte-bl.ch, sobald sie vorliegen.

Informationskommission

Die Informationskommission führt ihre Arbeit mit den unterdessen etablierten Produkten intensiv weiter. Das Kinderschiff, welches unter dem Patronat unserer Gesellschaft steht, wird an verschiedenen Anlässen der Region vom Stapel laufen, z.B. an der MUBA und (geplant) am Eidgenössischen Turnfest in Bubendorf. Die SYNAPSE hat sich dank Milizarbeit der Redaktoren als selbsttragendes Medium durchgesetzt. Mit der Website www.aerzte-bl.ch haben wir unter Mitwirkung des Verlags EMH/Schwabe in Muttenz ein nützliches Instrument für innere und äussere Informationsarbeit in die Hand bekommen. Auch das dort verwendete neue Logo aus dem Hause Schwabe scheint positive Reaktionen auszulösen, so dass wir davon ausgehen, dieses Logo in Zukunft offiziell für die AeGBL verwenden zu dürfen.

Aktivitäten 2002

Dr. med. T. Eichenberger, Liestal

Die MUBA hat's gezeigt: trotz grosser Anstrengungen und einer konstruktiven und angenehmen Zusammenarbeit mit Partnern wie MedGes BS, GAMBA und SUVALiv war unser Auftritt nicht für alle engagierten KollegInnen gleich befriedigend. Trotz überwiegend positiver Rückmeldungen standen die Ärzte vor Ort aufgrund der eher ungünstigen Lokalisation der Präventionsinsel gerade an Tagen mit geringer Besucherzahl etwas im Abseits. Aufgrund dieser Erfahrung planen wir im 2002 keine derartigen Standaktionen. In Planung ist eine elektronische Präsentation unserer Ärzte-

gesellschaft inkl. Vorstellung des öffentlichen Teils unserer Website an Veranstaltungen wie z.B. am Eidgenössischen Turnfest in Bubendorf. Wir werden darüber rechtzeitig berichten.

Als Nebenprodukt unserer Zusammenarbeit mit dem Schwabe Verlag ist beim Aufbau der Website ein neues Logo entstanden. Da es bisher ohne eine einzige negative Reaktion im Rahmen der Website Verwendung findet, würde die Informationskommission gerne mit diesem neuen «Siebedupf» weiterarbeiten. Es ist geplant, den öffentlichen Teil der Website demnächst dem Publikum näher bekannt zu machen.

Wir hoffen, dass wir mit dem neuen «basellandschaftlichen» Erscheinungsbild aus dem Hause Schwabe richtig liegen.



Impressum

Mitglieder der Redaktion

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

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

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

Dr. med. Lukas Wagner (lw)
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

Erscheint etwa zweimonatlich

Inseratenregie

Hess + Fankhauser
Pharma media promotion, Baar

Redaktionsadresse

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: f.schwab@hin.ch



Aerzte
Gesellschaft
Baselland

Die Seite der GAMBA

Der informierte Patient

Es wird erwartet, dass der Arzt, speziell der Hausarzt, sein medizinisches Wissen und Können dem Patienten zur Verfügung stellt. In unserer Gesellschaft herrscht die Meinung, dass Information, speziell medizinische, eine gute Sache sei. Tatsächlich gibt es Anhaltspunkte, dass Bildung und Lebenserwartung statistisch direkt proportional sind.

Das Erlebnis

Letzte Woche besuchte ein Patient meine Sprechstunde, der nichts wollte als meinen Rat, welchem weiteren Orthopäden er seine Knieschmerzen, die er mir nicht zeigen wollte, nach Konsultationen bei 5 verschiedenen Orthopäden noch vorstellen sollte. Es gehe ihm um eine optimale Information bevor er einen Entscheid in Richtung einer Arthroskopie fällen wolle.

Fragen

Diese Konsultation regte mich zu verschiedenen Fragen an:

- Ist Information tatsächlich immer sinnvoll und hilfreich?
- Wieviel Info macht Sinn?
- Wer entscheidet über das richtige Mass an Info?

- Wer kann was gegen Missbrauch des Info-Rechts machen?
- Wem nützt die Information?

Dr. Knock

Kürzlich sah ich einen alten Film wieder: «Les aventures du Dr. Knock» mit Louis Jouvet von 1951. Darin setzt ein junger Dorfarzt die Information der Bevölkerung durch den Lehrer und den Apotheker ein, um seine Medizin, insbesondere die Prävention, in der vorher sich gesund fühlenden Bevölkerung zu etablieren. Sein Motto «toute personne bien portante est un malade qui s'ignore». Tatsächlich dankt es ihm die Bevölkerung und kann sich bald nicht mehr erinnern, warum sie sich ohne den jungen Dorfarzt hat wohl fühlen können.

Parallelen zu heute?

Jede Ersteinführung einer neuen Substanz wird durch Informationskampagnen in den Laien-Medien vorbereitet, bis das Zielpublikum nachgewiesenermassen zu einem hohen Prozentsatz sensibilisiert ist. Ich habe noch nie eine Medizinsendung gesehen oder einen Gesundheitsartikel gelesen, in dem das Auslassen einer Massnahme und somit das Sparen empfohlen

wurde. Die erteilten Ratschläge gehen immer in Richtung Konsum von Leistungen. Manchmal wird direkt dazu aufgerufen, solange von Arzt zu Arzt zu pilgern, bis man die im Medium empfohlene Massnahme zu konsumieren bekomme.

So schliesst sich der Kreis zu meinem zu Beginn erzählten Spechstunden-Erlebnis wieder.

Pierre Périat

Info für Prüfärzte (auch eine Verteuerung, diesmal zu unseren Gunsten): Für die Facharztprüfungen in Allgemeinmedizin sind von der SGAM die Entschädigungen für die Prüfärzte erhöht worden. Neu erhält der Examinator Fr. 500.– und der Coexaminator Fr. 250.–.

Die diesjährige **GAMBA-Fortbildung** im Goldenen Sternen findet am Donnerstag, dem 13.12.2001 statt. Das Programm folgt.

Prämien



Der Hausärzteverein Angenstein (HVA) hat anlässlich der neuesten herbstlichen Prämienrunde der Krankenkassen einen Faltprospekt mit Preisvergleichen der einzelnen Anbieter kreiert. Dieser «Prämienflyer» soll unseren PatientInnen zur Orientierung, als neutrale Information und allfällige Entscheidungsgrundlage dienen. Er basiert auf den aktuellen Zahlen von BSV und www.comparis.ch und ist als Beitrag der

sich ihrer Verantwortung bewussten Hausärzte unserer Region zu Kosten-Transparenz und -Eindämmung zu verstehen. Als quasi «Piloten» wollen wir das Gesundheitswesen nicht ausschliesslich Managern überlassen und im Rahmen unserer Möglichkeiten mithelfen, ein drohendes «Grounding» abzuwenden.

Für den HVA: der Vorstand

Homepage: www.hausarzt-bl.ch

E-mail: sekretariat.hva@tiscalinet.ch

Fortbildungen der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal, November bis Dezember 2001

Di, 13.11.2001 07.45–08.30 Uhr Hörsaal KSL	Praktikerfortbildung mit KBS: Prof. Dr. med. M. von Planta, Basel Rea-Situationen
Di, 13.11.2001 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: Prof. Dr. med. S. Krähenbühl, Basel Pharmakotherapie des älteren Patienten
Fr, 16.11.01 12.45–14.00 Uhr Grosser Konferenzraum KSB (Erdgeschoss)	Bruderholz Seminare in Molekularer Medizin: Prof. Dr. med. Caroline O. Savage, Birmingham, UK Evolving pathogenesis of vasculitis
Di, 13.11.2001 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: PD Dr. med. Ph. Lyrer, Basel Stroke II
Do, 22.11.2001 17.15–18.15 Uhr Hörsaal KSL	Eingeladene Referenten: Prof. Dr. med. M. Pfisterer, KBS: PTCA bei akuter koronarer Herzkrankheit
Di, 27.11.01 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: Dr. med. N. Schaub Dr. med. J. Beltinger Hepatitis
Do, 29.11.2001 17.15–18.15 Uhr Hörsaal KSL	Der Fall aus der Praxis: Dr. med. E. Riesen, Dr. med. H. R. Stöckli: Schwindelabklärung in der Hausarztpraxis
Di, 04.12.01 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: Frau Dr. med. A. Jakobitsch, EPD Psychiatrische Notfallsituationen
Do, 06.12.2001 17.15–18.15 Uhr Hörsaal KSL	Aus Spezialgebiet KSL (mit anschliessendem Apéro für die Praktiker): Dr. med. W. Estlinbaum, Dr. med. M. Gutmann, Kardiologie: Kardiologische Fallbesprechung: Sie fragen, wir antworten
Fr, 7.12.01 12.45–14.00 Uhr Grosser Konferenzraum KSB (Erdgeschoss)	Bruderholz Seminare in Molekularer Medizin: Prof. Dr. med. Walter J. Gehring, Basel Was wir von Fliegen lernen können
Di, 11.12.01 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: Prof. Dr. med. R. Krapf Blickdiagnosen I
Di, 11.12.2001 07.45–08.30 Uhr Hörsaal KSL	Praktikerfortbildung mit KBS: Prof. Dr. med. T.C. Gasser Prostata
Di, 18.12.01 08.15–09.00 Uhr Aula KSB	Diagnostisches/therapeutisches Seminar: Prof. Dr. med. R. Krapf Blickdiagnosen II

