



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

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

<http://www.medges.ch>

## Leitartikel

# Disease Management und der Hausarzt<sup>1</sup>

Dres. med. Eric F. Bandle, GlaxoSmithKline AG, Münchenbuchsee, Irene Barone, Basel und Christian Meyer, Baden

Kaum eine Ausgabe der «Synapse» erscheint, ohne dass das Thema «Qualität» oder die Notwendigkeit eigener Zahlen zur Rechtfertigung der Praxiskosten im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsdiskussion besprochen werden. Oft wird die Meinung vertreten, dass es keine validen Qualitätsparameter in der Medizin gäbe

und dass der Vergleich der Kosten einer Praxis mit einer anderen nicht möglich sei. Messgrößen, die eine Aussage zur

<sup>1</sup> Zur besseren Verständlichkeit des Textes wurde auf die Formulierung «Hausarzt und Hausärztin» bzw. «Patientin und Patient» verzichtet. Es ist selbstverständlich, dass sich der Inhalt dieses Artikels an die Vertreterinnen und Vertreter beiderlei Geschlechtes richtet.

→ Fortsetzung Seite 3

## Aus dem Inhalt

- Notfälle und Notfälle 6
- Information zur Erneuerung von Bewilligungen für den Betrieb medizinischer Röntgenanlagen, welche gemäss Übergangsfristen in der Strahlenschutzverordnung im Jahre 2004 ablaufen. 7
- Schweizerische Initiative Praxis-Assessment als Teilprojekt von «European Practice Assessment» 8
- Neues zur Fortbildungsordnung 10
- Auf Wiedersehen! 11
- Aus dem Vorstand 12
- KLIFO = Kompetente und Lehrreiche Informationsvermittlung durch qualifizierte Fachleute, hervorragend Organisiert 15

## Editorial

Am 1. April 2003 habe ich mein Amt als Primus inter pares im Vorstand der MedGes Basel übernommen. Ich durfte von meinem Vorgänger Renato Marelli einen ausgezeichnet geführten Verband in stabilen Verhältnissen übernehmen. Die Kolleginnen und Kollegen vom Vorstand sowie Frau Dr. Langloh von der Sekretariatsseite haben mich tatkräftig beim Einstieg unterstützt. Bereits am ersten Arbeitstag wurde ich vom Sanitätsdepartement in einen Krisenstab, welcher anlässlich der SARS-Bedrohung während der Uhren- und Schmuckmesse zusammengestellt wurde, einberufen. Erfreulicherweise beschränkte sich unser Einsatz auf Planung und Pikettdienstleistungen, ohne dass wir Krankheitsfälle zu verzeichnen hatten.

Im Rahmen eines Konklave hat sich der Vorstand Gedanken zur zukünftigen Tätigkeit der MedGes gemacht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass ab 1. Januar 2004 die Geschäftsstelle nicht mehr im Mandatsverfahren, sondern selbständig durch die MedGes geführt wird. Mit der Wahl von Frau Dr. Langloh haben wir eine kompetente Ge-

schäftsführerin, die sich speziell auch in der Verbandstätigkeit auskennt, gewonnen. Langfristig suchen wir engen Kontakt zu allen Ärztinnen und Ärzten im Kanton Basel-Stadt, um durch gemeinsame Positionierung in den Verhandlungen an Stärke zu gewinnen.

Die MedGes möchte sich als kompetente Standesorganisation in die kantonale Gesundheitsplanung einbringen. Dabei ist die Zusammenarbeit mit den Standesorganisationen der benachbarten Kantone wichtig.

Die Verbandstätigkeit wird im Bereich der Kundennähe deutlich verbessert. Durch ausgedehntere Öffnungszeiten wird das Sekretariat als «niederschwellige» Anlaufstelle für Mitglieder ausgebaut. Tätigkeiten wie Beratungen bei Praxisneueröffnungen, Prüfung von Arbeits- oder Gesellschaftsverträgen, Mithilfe bei Lobbying für verbesserte Arbeitsbedingungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte sowie Hilfe bei Praxisliquidationen oder -veräusserungen bieten wir an.

Die Nähe zum Basler Apothekerverband wird gepflegt und an periodischen gemeinsamen Sitzungen werden aktuelle Themen disku-

tiert, speziell auch Grenzstreitigkeiten bereinigt. Als Pilotprojekt wird im Herbst eine gemeinsame Grippeimpfaktion unter dem Patronat der neuen Kantonsärztin durchgeführt. Je nach Bedarf werden gemeinsame Communiqués in den Medien erscheinen. Ein Hauptthema ist die Imagepflege. Wir versuchen, bei der Bevölkerung und den Medien als seriöse, kompetente, dem Gemeinwohl verpflichtete und unabhängige Partner wahrgenommen zu werden.

Die Einrichtung des Notfalldienstes der Basler Ärztinnen und Ärzte wird durch neue Notfallausrüstungen und entsprechendes Training verbessert.

Ein weiteres Anliegen ist dem Vorstand die gut koordinierte Fortbildung, die künftig mit Creditpoints für den Fortbildungsnachweis taxiert wird. Derzeitige Hauptaufgaben des Vorstandes sind die Verhandlungen betreffend Tarmed-Anschlussvertrag sowie die Vorbereitung der Eröffnung des Trust-Centers.

Dr. Felix Eymann  
Chirurgie FMH

Behandlungsqualität erlauben, gibt es allerdings genug. Das Problem liegt an einem anderen Ort. Einer der besten Kenner der Materie, Donabedian<sup>2</sup> stellte bereits vor 15 Jahren fest, dass, wer Qualität messen will ohne vorherige Über-einkunft, wie dieser Begriff verstanden werden soll, zum Scheitern verurteilt ist. In der Schweiz herrscht auf nationaler Ebene, aber auch auf der Ebene der einzelnen medizinischen Disziplinen keine Einigkeit, was als Qualitätsparameter eingesetzt werden kann. Selbst wenn man sich auf Messgrößen verständigen könnte, müsste nach Wegen gesucht werden, wie derartige dokumentiert und zusammengeführt werden soll.

Die Notwendigkeit zur Dokumentation der Qualität der eigenen medizinischen Tätigkeit drängt sich in der Schweiz den Leistungserbringern eigentlich schon seit der Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes auf und hat mit den «Wirtschaftlichkeitskontrollen» und der Diskussion der Aufhebung des Kontrahierungszwanges neue Aktualität erlangt.

Für die Rechtfertigung bestimmter therapeutischer Massnahmen muss immer mehr die Frage beantwortet werden, ob diese sich lohnen. Wie soll eine solche Frage je beantwortet werden können, wenn dazu nicht die Situation der Patienten vor Einführung einer bestimmten Massnahme systematisch mit jener nach Einführung gemessen und verglichen wird? Dabei darf nicht der Fehler der segmentalen Betrachtungsweise gemacht werden, d.h. es dürfen nicht z.B. die Kosten eines (teureren) neuen Medikamentes mit jenen (billigeren) eines älteren verglichen werden, wenn durch die neue Therapie weniger Patienten ins Spital eingewiesen werden müssen. Es braucht die Sicht des Ganzen.

Im Folgenden soll nun gezeigt werden, dass auch im Bereich des Hausarztes Möglichkeiten existieren, die Tätigkeit zu optimieren und Resultate systematisch zu dokumentieren. Ein Einstieg dazu bietet Disease Management. Disease Management (im folgenden als DM abgekürzt) befasst sich mit bestimmten Krankheiten und soll das Auftreten von Komplikationen bei Risikopatienten

möglichst verhindern. DM besteht aus vier Komponenten:

- Identifikation von Risikopatienten
- Optimierung der Behandlung durch den Arzt
- Optimierung der Compliance des Patienten
- Messung des Erfolges

DM basiert in der idealen Form auf der Möglichkeit, Behandlungs- und Verschreibungsdaten von identifizierbaren Patienten über eine längere Zeit untersuchen zu können. Auf diese Weise konnte zum Beispiel festgestellt werden, dass Diabetespatienten, welche nicht regelmässig eine ophthalmologische Untersuchung durchführen lassen, ein höheres Risiko, zu erblinden aufweisen als jene, deren Augen jährlich kontrolliert werden. Es ist naheliegend, dass eine Erblindung sowohl eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensqualität des Betroffenen darstellt als auch bedeutende Kosten verursacht.

DM basiert somit auf der Erkennung von Warnsignalen zur Abwendung von Unheil. Auch in der schweizerischen Praxis ist dies möglich. Folgende Elemente können zur **Identifikation eines Risikopatienten** herbeigezogen werden:

- Korrektheit der Diagnose
- Überwachung der Resultate mit regelmässigen Messungen von Parametern wie Blutdruck, HbA<sub>1c</sub>, FEV<sub>1</sub>, etc. durch die betroffenen Patienten
- Überwachung der periodisch erfassten Laborwerte und anderer diagnostischer Resultate
- Visitenintervalle und Krankengeschichte

Die «Treffsicherheit» für eine **korrekte Diagnose** kann bei verschiedenen Diagnosen durch Hilfsmittel der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften erhöht werden. So existieren derartige Definitionen z.B. im Bereich Kopfschmerzen, verfasst durch die Schweizerische Kopfwegesellschaft

Nach der Identifikation des Risikopatienten erfolgt dessen **Behandlung** und aktive Begleitung. Auch hier können fachspezifische Therapieempfehlungen den Erfolg optimieren.

Wichtig ist, dass der Behandlungsfortschritt systematisch erfasst und bei den Entscheiden für die weiteren Schritte einbezogen wird. Die typischen schweizerischen Patientenakten sind auf Papier

und sind episodisch aufgebaut. Beides machen die longitudinale, indikationsbezogene Analyse des Behandlungserfolges schwierig. Dazu sind in der Praxis des Hausarztes **systematische Messungen** meist auf die typischen Parameter wie Blutdruck und Laborwerte beschränkt. Befindlichkeitsskalen, wie sie für psychiatrische Pathologien, aber auch Schmerzzustände (z.B. Arthritis oder Kopfschmerz) in verschiedenen Sprachen, klinisch validiert existieren, können ebenfalls zur systematischen Erfolgskontrolle eingesetzt werden.

Bisher wurden drei der vier Komponenten des DM vorgestellt, nämlich die Identifikation des Risikopatienten, die Bedeutung der optimalen Behandlung und die Messung des Behandlungserfolges. Der Erfolg jeder ärztlichen Behandlung wird entscheidend beeinflusst von der Therapietreue (**Compliance**) des Patienten. In der Literatur wird aus vielen Ländern und in vielen chronischen Indikationen festgestellt, dass nur etwa die Hälfte der Patienten sich an die therapeutischen Anweisungen des Arztes halten. Die Konsequenz von Non-Compliance sind Rückfälle, Komplikationen, längere Heilungszeiten; mit anderen Worten, schlechtere Lebensqualität für den Patienten und höhere Kosten.

Die Ursachen von Non-Compliance sind vielfältig. Das mangelnde Verständnis des Patienten für den Therapieentscheid ist ein wichtiger Faktor, dem durch gute Information und Begleitung des Patienten wirksam begegnet werden kann. Das vielzitierte «Patient-Empowerment» oder die Förderung der Selbstverantwortung des Patienten setzt voraus, dass er sowohl seine Krankheit und deren Symptome versteht und dass er die Therapie mitträgt. In erster Linie dient das Gespräch mit dem Arzt dazu, den Patienten zur Therapie zu motivieren. Es gibt in DM-Programmen viele Massnahmen, die den Arzt dabei unterstützen können, dazu gehören z.B. Informationsbroschüren oder -veranstaltungen für Patienten, Konzepte zur regelmässigen Unterstützung des Patienten durch ausgebildete Krankenschwestern oder durch Zusendung von Informationsmaterial, Übermittlungsmittel und -methoden für Messergebnisse von zuhause an die Praxis und Call-Centers mit Fachpersonal.

Im folgenden soll ein DM-Projekt dargestellt werden, welches in verschiedenen Regionen der Schweiz, so auch im Raume

2 A. Donabedian. The quality of care. How can it be assessed? J Am Med Assoc (1988) 260:1743

Basel, eingeführt worden ist. **MigWIN** wurde ursprünglich von Dr. med. Christian Meyer aus Baden, dem gegenwärtigen Präsidenten der Schweizerischen Kopfwegesellschaft, konzipiert. Anfänglich bestand das Konzept aus der Idee, den Hausärzten einer Region Fortbildung und Beratung im Bereich von Migräne und anderen Formen von Kopfschmerzen durch einen Neurologen ihrer Gegend anzubieten. In Basel konnte Frau Dr. med. Irène Barone-Kaganas als Projekt-Koordinatorin gewonnen werden. Die Aktivitäten zugunsten der Hausärzte wurden ergänzt durch Publikumsveranstaltungen für betroffene Patienten. In Basel nahmen dabei letzten März gegen 300 Personen teil.

Nach den ersten Erfahrungen wurde das Konzept in einen neuen Rahmen gestellt und mit weiteren Elementen ergänzt. MigWIN ist zum «Kompetenz-Netzwerk für Disease Management in der Behandlung von Kopfschmerzen» geworden. Das Konzept hat immer noch Dr. Meyer als nationalen Projektleiter und regionale Neurologen als Koordinatoren. Es bietet nun den Hausärzten der Region folgende Komponenten:

Für Ärzte:

- Fortbildungen und Informationsmaterial
- Kopfschmerz Set (Guidelines zur Diagnose und Behandlung, HIT-6-Fragebögen<sup>3</sup>, Formulare zur Erfolgsmessung für Ihre Patientenakten)
- Spezielle Internetseiten (im Aufbau)

<sup>3</sup> Headache Impact Test, ein in 25 Sprachen validierter Befindlichkeitsfragebogen mit sechs Fragen (weitere Informationen dazu auf dem Internet unter [www.headachetest.com](http://www.headachetest.com))

<sup>4</sup> Daten bei GlaxoSmithKline AG

Für Patienten:

- Informationsveranstaltungen und Informationsmaterial
- Spezielle Internetseiten

DM-Projekte wie MigWIN im Bereich von Kopfschmerz fördern messbar die Lebensqualität der betroffenen Patienten und wirken kostensenkend. Entsprechende Untersuchungen konnten bis jetzt erst in den USA angestellt werden, da es in der Schweiz immer noch sehr schwierig ist, an entsprechende Daten heranzukommen.

**Fallstudie<sup>4</sup>:** Eine Spitalgruppe im Südosten der USA mit 21 000 Angestellten und Angehörigen stellte fest, dass sich Krankmeldungen wegen Migräne häuften. Ebenfalls waren die Kosten für diagnostische Massnahmen wie CT und MRI in diesem Zusammenhang auffallend hoch. Durch Analyse der Krankenkassendaten konnten 1200 Personen identifiziert werden, die wegen Kopfschmerzen in ärztlicher Behandlung waren. Diese Patienten und deren Ärzte wurden eingeladen, das DM-Programm «Migraine Matrix» zu durchlaufen. Das Programm beinhaltete ärztliche Fortbildungsveranstaltungen zu Diagnose, Behandlung und Abgabe gedruckter Informationen zur Erkennung und Behandlung verschiedener Arten von Kopfschmerzen und zwei Aussendungen an die teilnehmenden Patienten mit Informationsmaterial und Selbstbeurteilungsbögen. Anschliessend wurden die Kosten des Halbjahres vor mit jenen des Halbjahres nach dem Programm verglichen. Es zeigte sich, dass bei den CT- und MRI-Untersuchungen ein Rückgang von 43% bei den Migränepatienten, und ein solcher von 10% bei den übrigen Kopfschmerzpatienten erfolgte, 51% weniger Besuche solcher Patienten auf der Notfallstation

vorkamen, je 6% mehr Patienten akute und prophylaktische Migräne-Medikamente verschrieben erhielten und die Gesamtkosten pro Patient und Monat sich um 13% verringerten.

Die Zufriedenheit der beteiligten Ärzte und Patienten wurde ebenfalls untersucht. Es zeigten sich auch hier positive Ergebnisse. Die Mehrheit der Patienten würden dieses Programm ihren Angehörigen und Freunden weiter empfehlen.

Am Beispiel von MigWIN soll gezeigt werden, dass Schritte zu messbaren, qualitätsbezogenen Massnahmen nicht mit enormem Aufwand verbunden sein müssen. Sie setzen nur voraus, dass der Arzt für die systematische und regelmäßige Messung seines Erfolges gewonnen werden kann. Qualität kann nicht mit Aussagen wie «anerkannt gut» oder «führend» beteuert werden, sie muss gemessen und verglichen werden. Idealerweise sollte DM ein dauerhaftes Instrument im schweizerischen Gesundheitswesen werden.

Disease Management ist eine qualitätsbezogene Massnahme. Es wäre ein Richtungswechsel, weg von «Wer sich auf die Kosten konzentriert, senkt die Qualität!» hin zu «Wer sich auf die Qualität konzentriert, senkt die Kosten!»

## Leserbriefe

*Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Deshalb stellen wir unsere Zeilen gerne für Leserbriefe zur Verfügung. Zögern Sie nicht, setzen Sie sich an PC oder Schreibmaschine, kommentieren Sie unsere Artikel und senden Sie Ihren Text an die im Impressum angegebene Redaktionsadresse!*

# Notfälle und Notfälle

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

Die erfolgreiche Behandlung von Notfällen ist eine der besten Visitenkarten der Ärzteschaft. Unbestrittenerweise handelt es sich um eine Kernaufgabe des ärztlichen Berufes. Mit unseren Leistungen im Notfalldienst stehen wir im Schaufenster der Öffentlichkeit, werden aber auch mit zum Teil unrealistischen Erwartungen konfrontiert. Soll beispielsweise jeder Notfalldienst leistende Arzt als Einzelkämpfer beim dringlichen Hausbesuch einen Luftröhrenschnitt vornehmen können?

Was ist aber ein Notfall? Sind das nur vitale Bedrohungen? Sind dies auch scheinbare Banalitäten wie Ohrenweh bei Kindern, Magenverstimmungen oder leichte Erkältungen, die unsere Patienten wohl stark beunruhigen, aus medizinischer Sicht aber oft bis zum nächsten Morgen warten könnten? Wer bestimmt, wann eine Notfallsituation vorliegt? Wie soll man Patienten, die in einem vitalen Notfall zuerst ihren Hausarzt alarmieren, beraten? Ist man dann ein schlechter Arzt, wenn man zuerst die Rettungssanität aufbietet?

Tarmed definiert, wann ein Notfallzuschlag verrechnet werden darf: wenn, auch auf Wunsch des Patienten, unmittelbares Handeln erforderlich ist. Für die Patienten ist jedes medizinische Problem, mit dem sie nicht fertig werden, ein Notfall. Die Erfahrung der Notfallstationen zeigt, dass immer mehr Patienten immer rascher sich selbst als Notfall sehen. Die Anzahl dort behandelter Patienten steigt kontinuierlich. Neue Marktteilnehmer wie Call-Center und SOS-Ärzte drängen auf diesen offenbar unbeschränkt boomenden Markt. Braucht es damit überhaupt noch einen ärztlichen Notfalldienst? Sollen wir im allgemeinen Notfalldienst die immer wieder belastenden Grenzsituationen wie Patienten mit Schmerzen, in Angst oder in Todesgefahr und unsere fachlichen Unsicherheiten,

die schwierigen Triage-situationen und manchmal den Undank und die finanziellen Nachteile für die Dienstleistenden noch auf uns nehmen? Können die ausgebildeten Notärzte und die professionellen Rettungssanitäter das nicht alles besser?

Der Notfalldienst bleibt ein wichtiger Teil der ärztlichen Tätigkeit. Dies zeigt die grosse Anzahl von Erfahrungsberichten über den eigenen Notfalldienst, die im letzten Jahr in der Schweizerischen Ärztezeitschrift erschienen. Diese Artikelserie und auch unsere tägliche Erfahrung zeigen auf, dass je nach Standpunkt sehr unterschiedliche Sichtweisen bei Patienten, Angehörigen, Gesundheitspolitikern, Polizeikommandanten, Journalisten, aber auch bei Hausärzten, Not- und Spitalärzten sowie bei Versicherern vorhanden sind. Für ein erfolgreiches Weiterexistieren des ärztlichen Notfalldienstes mit einer guten Verankerung in der Bevölkerung müssen diese unterschiedlichen Vorstellungen im breiten Kreis ausdiskutiert und unrealistische Erwartungen geklärt werden. Schlagzeilen wie «Zu viele Ärzte versagen im Notfall» (Puls-Tip vom 18. Februar 2002) können nur auf diese Weise vermieden werden. Die Themenführerschaft kann nur unter Berücksichtigung der übrigen Sichtweisen in ärztlichen Kreisen behalten werden. Für die – in verschiedenen Belangen notwendige – Verbesserung des Notfalldienstes müssen in Zusammenarbeit mit Vertretern von Politik, Patientenorganisationen, Versicherern, Spitälern und Ereignisdiensten in unseren Gremien in nächster Zeit die folgenden Themen vertieft diskutiert und entschieden werden.

- Erreichbarkeit  
Könnte – z.B. durch eine einheitliche Telefonnummer – die Erreichbarkeit des Dienststarztes verbessert werden? Werbung, die diese Nummer – ähnlich wie die Notrufnummer 144 – in der Bevölkerung bekannt macht, müsste wohl über einen längeren Zeitraum geplant werden. Die

MNZI-Nummer ist unser Kapital, das hier eingesetzt werden könnte.

- Triage  
Braucht es heutzutage eine kompetente Triagestelle, die den Anrufenden den richtigen Notfallarzt (allgemeiner oder spezieller Notfalldienst, Rettungsdienst, direkte Zuweisung auf Notfallstation, falls z.B. eine chirurgische Behandlung mit allgemeiner Anästhesie unmittelbar bevorsteht) vermitteln kann? Wer könnte diese Aufgabe übernehmen? Könnte damit der Ansturm von Bagatellfällen auf die Notfallstationen besser gesteuert werden? Sollte der erfahrene hausärztliche Notfallarzt in Zukunft nicht mehr in seiner Praxis, sondern im Eingangsbereich der Notfallstationen auf seine Patienten warten?

- Kompetenz und Ausrüstung  
Basierend auf der – staatlich verordneten – allgemeinen Notfalldienstpflicht gehen wir – und die Allgemeinheit – davon aus, dass jede Ärztin und jeder Arzt die Fähigkeiten hat, jeden Notfall zu beurteilen und zu behandeln. Welche Ausrüstung braucht ein Notfallarzt? Wir sind uns bisher überhaupt nicht im klaren, welche speziellen Kenntnisse der Arzt im Notfalldienst braucht. Zählen ein Notfall-Psychosomatik- und ein ATLS-Kurs gleichviel? Richten sich die Fortbildungsinhalte nach den Wünschen von Patientenorganisationen, Feuerwehrkommandanten oder Anästhesie-Chefärzten oder sind es die Notfallärzte selbst, die dies aus ihrer «Innensicht» entscheiden sollten? Braucht es spezielle Fachkommissionen? Muss diese Fortbildung zusätzlich zu der normalen Fortbildung für den jeweiligen Facharzttitel absolviert werden? Muss angesichts des öffentlichen Auftrages für den Notfalldienst sogar der Staat kontrollieren, ob die Fortbildungspflicht erfüllt wird? Wer beurteilt, ob Fortbildungsaufgaben überhaupt eine qualitative Verbesserung des Notfalldienstes bewirken und ob die dafür aufgewendeten Ressourcen an Zeit und Geld überhaupt sinnvoll investiert werden?

- Entschädigung

Sind die Entschädigungen noch zeitgemäss? Wer übernimmt die Kosten selten gebrauchter, aber in der Notfallsituation unabdingbarer teurer Geräte, z.B. von Defibrillatoren? Wer bezahlt die Kosten zur Verbesserung der Erreichbarkeit? Wer kommt für die von Patienten verlangten Notfallbehandlungen auf,

wenn die Honorarrechnungen später nicht bezahlt werden? Wird es bald Usus, die Rechnung mittels PDA während des Hausbesuches auszustellen und den Betrag bar oder mit Kreditkarte gleich einzukassieren? Wer kommuniziert solche Veränderungen?

- Dispensation

Werden sich in Zukunft eine Minderzahl besonders interessierter und qualifizierter Ärzte die Notfalldienste teilen und von einer Mehrzahl nicht dienstleistender Ärzte Entschädigungen erhalten? Sollen die Notfalldienste etwa nur noch durch Ärzte, die bestimmte Qualifikationen erreicht haben, geleistet werden?

## Röntgen

# Information zur Erneuerung von Bewilligungen für den Betrieb medizinischer Röntgenanlagen, welche gemäss Übergangsfristen in der Strahlenschutzverordnung im Jahre 2004 ablaufen

*Ernst Elmer, Sektion Aufsicht und Bewilligungen, Abteilung Strahlenschutz, Bundesamt für Gesundheit*

Mit dem Inkrafttreten der neuen Strahlenschutzverordnung vom 22. Juni 1994 wurden durch den Artikel 126 Absatz 2 alle zu diesem Zeitpunkt unbefristet gültigen Bewilligungen auf maximal 10 Jahre befristet. Diese müssen nun von Amtes wegen erneuert werden. Insgesamt sind ca. 5500 Röntgenanlagen davon betroffen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird ab Mitte 2003 sukzessive damit beginnen, die nun ablaufenden Bewilligungen um weitere 10 Jahre zu verlängern, falls die Voraussetzungen dazu gegeben sind. Dies be-

deutet insbesondere, dass die *Wartung mit Zustandsprüfung innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Frist* von 3 Jahren (Dental-Kleinanlagen innerhalb von 6 Jahren, Röntgentherapieanlagen >100 kV jedes Jahr) erfolgreich durchgeführt und dem BAG gemeldet wurde. Die Bewilligungen werden zudem nur unter Vorbehalt der Erfüllung für den *Nachweis des Strahlenschutzsachverständigen bis zum 30. September 2004* ausgestellt.

Die Erneuerung der Bewilligungen wird in Form einer Pauschale gemäss Gebührenverordnung vom 24. März 1999 verrechnet. Die Bearbeitungsgebühren (inkl. einer stichprobenweise durchgeführten Betriebsinspektion vor Ort in den

nächsten 10 Jahren) liegen je nach Anlagentyp zwischen Fr. 100.– und Fr. 925.–. Dazu kommt pro Bewilligung eine Schreibgebühr von Fr. 125.–

Falls Bewilligungen für eine Anlage erneuert werden, die nicht mehr betrieben oder die **vor Ende 2004** ausser Betrieb gesetzt werden, müsste der Bewilligungsinhaber dies dem BAG innerhalb von 30 Tagen nach erfolgter Bewilligungserneuerung mitteilen. Wir werden diese Bewilligung dann auf den entsprechenden Zeitpunkt widerrufen. In diesem Falle müssen keine Gebühren entrichtet werden.

# Schweizerische Initiative Praxis-Assessment (SIPA) als Teilprojekt von «European Practice Assessment (EPA)»

Im nachfolgenden Artikel orientiert die Synapse ihre Leserschaft über eine neue Initiative zur Dokumentation der Qualitätsarbeit insbesondere in der Hausarztmedizin. Durch die bevorstehende Aufhebung des Kontrahierungszwanges erhalten Instrumente zur Qualitätsmessung eine verstärkte Bedeutung, vor allem wenn damit die Arbeitsabläufe und die Leistungen verschiedener Praxen für Patienten, Versicherer und vielleicht auch Kollegen vergleichbar werden. Befürchtungen, dass statt Vertrauen zum Arzt Kontrollinstrumente die Entscheidungen unserer Patienten leiten werden, können durch solche Instrumente verstärkt werden. Gute Indikatoren können – neben anderen Massnahmen wie z.B. Qualitätszirkeln – dem einzelnen Arzt zur Erhebung der eigenen Qualität wichtige Hinweise zur Verbesserung der eigenen Praxisführung liefern, aber auch zur Orientierung seiner Patienten oder auch der Versicherer wertvolle Dienste leisten. Dennoch müssen insbesondere Patienten und Versicherer sich im Klaren sein, dass die Aussagen dieser Indikatoren immer beschränkt sind und sie deshalb nicht für ökonomische oder politische Zwecke instrumentalisiert werden dürfen. Wichtige, meist stark subjektiv geprägte Bestandteile einer guten ärztlichen Qualität, etwa die Arzt-Patienten-Beziehung oder die ethische Einstellung der Ärztin oder des Arztes in der Sicht der Kranken sind nämlich kaum nach allgemeinen Kriterien messbar.

G. von Below, B. Künzi, G. Kocher für das SIPA-Projekt

Das SIPA-Projekt wurde von Swisspep, der EQUAM-Stiftung und dem Ressort Qualitätssicherung der FMH initiiert. Auslöser für diese Initiative war die (keineswegs neue) Erkenntnis, dass eine verbesserte Transparenz und Dokumentation von Strukturen und Abläufen in der medizinischen (Grund-)versorgung ein grosses Potential für Qualitätsverbesserungen darstellt [1]. Auf der gesundheitspolitischen Ebene zeichnet sich ab, dass analog zur Entwicklung im stationären Sektor, wo u.a. durch den Verein outcome oder durch den VQG bereits Zertifizierungsverfahren konkret erprobt werden, nun auch im ambulanten Bereich entsprechende Entwicklungen gefordert werden.

SIPA basiert auf dem Projekt *European Practice Assessment (EPA): Implementation of a quality assessment and improvement tool in primary care*. Ziel von SIPA ist die Durchführung einer Machbarkeitsstudie in 5–8 Praxen im Sommer 2003 sowie einer etwa 30 Arztpraxen umfassenden Pilotstudie zur Validierung des Indikatorensets im Winter 2003/04. Das Projekt wird in enger Kooperation mit dem internationalen EPA-Projekt durchgeführt. Die Projektziele und konkreten Produkte des europäischen Gesamtprojektes wurden in der SaeZ vorgestellt [2], sie umfassen u.a.

- ein in allen sechs teilnehmenden Ländern validiertes Set von Qualitätsindikatoren für Arztpraxen in der Grundversorgung.
- Instrumente und Hilfsmittel zur Evaluation von Arbeitsabläufen und Organisationsformen in der medizinischen Grundversorgung.

Gemäss Art. 58 des KVG resp. Art. 77 der KVV sind «systematische wissenschaftliche Kontrollen zur Sicherung der Qualität oder des zweckmässigen Einsatzes der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommenen Leistungen» der Grundversorger in der Schweiz gesetzlich vorzusehen; das SIPA-Indikatorenset könnte ein Element eines modularen Systems darstellen. Von seiten integrierter Versorgungsmodelle und von Praxisnetzen wird das Interesse an praxistauglichen Assessment- und Zertifizierungsverfahren steigen und Netze werden Zertifizierungen von sich aus als Bestandteil von Versorgungsverträgen anbieten.

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit sind verschiedene Aspekte des Projektes relevant:

- ein validiertes Set von Qualitätsindikatoren in der Arztpraxis ist eine wesentliche Voraussetzung für die wohlbegründete Auswahl des Hausarztes bzw. der Hausärztin durch die Patienten (Informed Choice im Sinne eines Patient Empowerments), wie dies u.a. im Rahmen des Guidesanté-Projektes vorgesehen war.
- vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen in der Schweiz über die Aufhebung oder Lockerung des Kontrahierungszwanges bzw. der Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Krankenversicherern und ÄrztInnen kann SIPA einen Beitrag zur Schaffung eines transparenten Qualitätsstandards in der medizinischen Primärversorgung leisten.
- ein validiertes Instrument für ein summatives Assessment in der medizinischen Primärversorgung ist die Voraussetzung für weiterführende verhaltensmodifizierende Massnahmen im Sinne eines formativen Assessments [3].

An SIPA interessierte Ärztinnen und Ärzte seien an dieser Stelle auf ausführliche Artikel in der SaeZ verwiesen. Weitere Informationen sind erhältlich per Email an [gbelow@hin.ch](mailto:gbelow@hin.ch)

## Literatur

- 1 Rethans, J.J., S. Westin, and R. Hays, Methods for quality assessment in general practice. *Fam Pract*, 1996. 13(5): p. 468–76.
- 2 von Below, G. and B. Künzi, Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment (SIPA) / Initiative Suisse pour l'évaluation des cabinets médicaux (ISEC). *Schweiz. Aerztezeitung*, 2003. 84(13): p. 574.
- 3 Taylor, C.M., D.W. Wall, and C.L. Taylor, Appraisal of doctors: problems with terminology and a philosophical tension. *Med Edu*, 2002. 36: p. 667–71.

# Neues zur Fortbildungsordnung (FBO)

*Dr. med. Pierre Périat, Riehen*

Am 11.8.2002 hat die FMH die revidierte FBO in Kraft gesetzt. Darin gilt die **Fortbildungspflicht für alle Ärztinnen und Ärzte**, die in der Schweiz eine ärztliche Tätigkeit ausüben (bisher nur FMH-Mitglieder). Neu hat sie anstelle der bisher anonymen Statistik eine **Kontrolle der Fortbildung durch die Fachgesellschaft** (für uns die SGAM) eingeführt. Aufgrund der Empfehlung der Fachgesellschaft erteilt die FMH das **Fortbildungsdiplom**.

## Neue Modalitäten

Kontrolliert werden jeweils Drei-Jahres-Blöcke, d.h. innerhalb von 3 Jahren muss jede/jeder 150 Stunden strukturierte Fortbildung (oder 150 Credits) nachweisen können, egal wie die Verteilung über die 3 Jahre stattgefunden hat. Alle 3 Jahre müssen die AllgemeinpraktikerInnen aus BS und BL eine Kopie ihres Fortbildungsprotokolls (**Original unbedingt behalten, da dies der Beweis der FB-Erfüllung ist**) an Dr. med. Christoph Itin faxen, der es an die SGAM weiterleitet. Die SGAM kontrolliert, ob die Fortbildungs-

Kriterien erfüllt sind und leitet diese Information an die FMH weiter. Die FMH erstellt das Fortbildungsdiplom. Wer die Bedingungen für das Fortbildungsdiplom zum verlangten Zeitpunkt nicht erfüllt, kann im folgenden Jahr die fehlende Fortbildung nachholen. Wer dies nicht will oder kann, darf den FMH-Titel nicht mehr ausschreiben oder bekannt machen, verliert also seinen FMH-Titel, bis die Bedingungen wieder erfüllt sind.

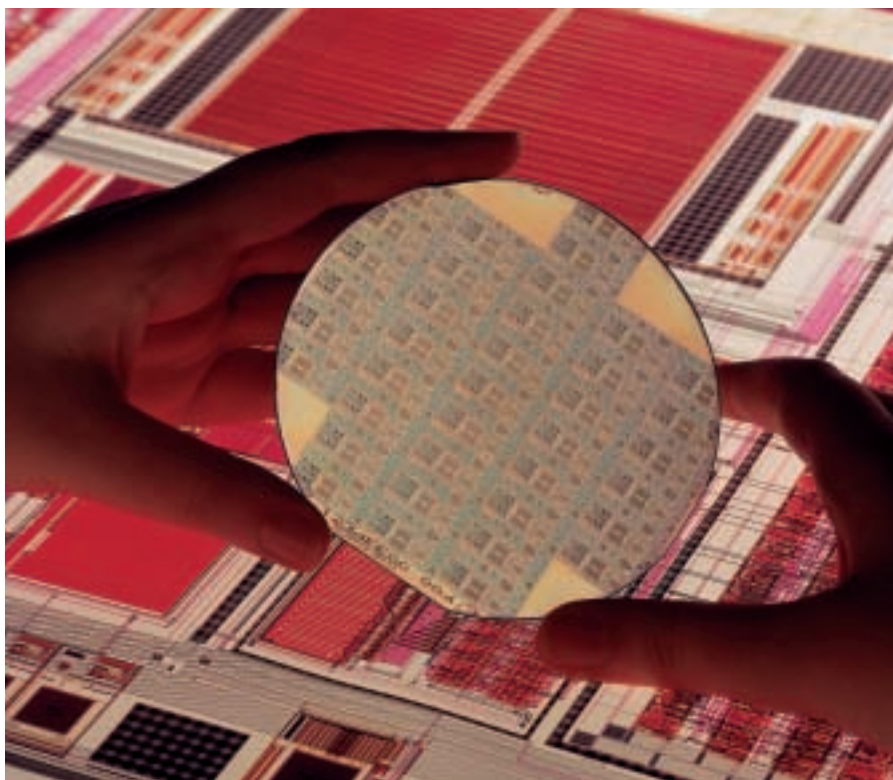
**Wie bisher** bestimmen wir Allgemeinpraktiker selber, welche Fortbildung für uns wichtig ist. Es gibt keine vorgeschriebenen Themen, die absolviert werden müssen. **Wie bisher** führt Jede/Jeder sein Fortbildungs-Protokoll in Selbstdeklaration. Für Allgemeinpraktiker sind weiterhin keine Bestätigungen der Fortbildner nötig.

Ein riesiger Aufwand, um die Fortbildungsbedingungen des KVG umzusetzen! Ein Hornberger-Schiessen, wenn man daran denkt, dass bereits vor Einführung des KVG die Hausärzte freiwillig Fortbildung in mindestens diesem Aus-

mass betrieben haben (siehe Hausarzt-Studie in Glarus). Auch die Mitglieder der GAMBA haben bisher im Schnitt mehr als das Doppelte an Fortbildungsstunden nachgewiesen als verlangt wird. Aus **unserer** Sicht würden wir deshalb keine FBO brauchen. Aber sie ist ein Postulat der Politiker. Diese halten offenbar die Bedeutung des Kontrollvorgangs für wichtiger als das zu kontrollierende Item selbst! Ein Phänomen, dass wir in verwandten Bereichen wie Spitex und Pflegeheimen schon länger mit Befremden beobachten: das Aufblasen der Administration unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung. Dies führt zu massiver Kostensteigerung bei gleichzeitig massiver Qualitätsabnahme, weil die Akzente vom gesellschaftlichen Auftrag weg zum Auftrag der Administration verschoben werden. Die Leute werden besser verwaltet, aber schlechter gepflegt. Ist die FBO der Anfang des Übergreifens dieses gesellschaftlichen Prozesses auf unseren Beruf?

Unser Modus des Umsetzens der FBO hat aber auch Vorteile:

1. Jede/Jeder merkt selber, woer «Löcher» hat und bestimmt selber, welche Fortbildung er besucht.
2. Durch die Evaluation der Fortbildung durch unsere Mitglieder können wir gute Veranstaltungen unterstützen und schlechte zu verbessern versuchen. Beste Beurteilungen erhielten die Klifo-Tage des Bruderholzspitals und die Dienstags-Fortbildungen an der MUP und im Kantonsspital Liestal).
3. Durch unseren Einblick in die gewonnenen Daten können wir diese auch politisch nutzen (siehe oben).



**Am 11. September  
2003 ab 16.00 Uhr  
ist Fortbildungstag  
der GAMBA**

# Auf Wiedersehen!

*Dr. med. Alex Stalder, Arlesheim*

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Nach sechs Jahren engagierter Tätigkeit als Chefarzt im Hildegard Hospiz hat mir der Stiftungsratspräsident, Herr Dr. C. Bürgel, Ende März 2003 die Stelle gekündigt, weil sich das Spital keinen vollamtlichen Chefarzt mehr leisten könne. Am 14. April 2003 habe ich deshalb meine Arbeit im Hildegard Hospiz beendet.

Gerne schaue ich auf die vergangenen sechs Jahre meiner Tätigkeit im Hildegard Hospiz zurück. Am 1. April 1997 habe ich die ärztliche Leitung übernommen. Zusammen mit der langjährigen Pflegedienstleiterin, Frau Christel Mohler und zuletzt mit ihrem Nachfolger, Herrn Martin Kalt, haben wir mittels strukturierter interner und externer Fortbildungen die Kenntnisse des Personals in pal-

liativer Betreuung vertieft und die Abläufe im medizinisch-pflegerischen Bereich des Spitals kontinuierlich verbessert. So konnten wir vielen schwerstkranken Menschen auf ihrem letzten und oftmals beschwerlichen Lebensabschnitt stets besser helfen, ihnen Erleichterung verschaffen und ihnen sowie ihren Angehörigen beistehen.

Zusammen mit dem ehemaligen Stiftungsratspräsidenten, Herrn Richard Stöckli, und der ehemaligen Verwalterin, Frau Therese Ruch, konnten wir uns auch im administrativen Bereich über schöne Erfolge freuen. So wurde das Hildegard Hospiz nach Verhandlungen mit dem Sanitätsdepartement per 1. Januar 1998 auf die kantonale Spitalliste von Basel-Stadt aufgenommen, wir wurden Mitglied der Basler Privatspitäler-Vereinigung und mit der OeKK konnten wir Einzelverträge im Privat- und Halbprivat-

versicherungsbereich abschliessen. Von der Schweizerischen Ärztevereinigung wurde das Hildegard Hospiz als Ausbildungsstätte für Assistenzärztinnen und -ärzte anerkannt.

Die verantwortungsvolle Arbeit im Hildegard Hospiz hat mich sehr in Anspruch genommen. Die Möglichkeit, vielen Mitmenschen in ihrem grossen Leid beistehen und helfen zu können, hat mir aber auch grosse Befriedigung geschenkt. Die gute und schöne Zusammenarbeit mit meinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie mit dem Pflegeteam waren mir eine grosse Stütze.

Für Ihr Vertrauen in die Institution und mich sowie die gute Zusammenarbeit möchte ich mich bei Ihnen ganz herzlich bedanken.

# LEIMAPHARM

die clevere Alternative

## Ihr regionaler Ärtzelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch



# Aus dem Vorstand BL

## **Selbstdispensation – Kostenzunahme bei den Ärzten wesentlich geringer**

Der Arbeitsausschuss hat sich gegen eine von Frau Nationalrätin Leutenegger veranlasste Antwort des Bundesrates zu den Verteilkanälen der Medikamentenversorgung zur Wehr gesetzt und bei Herrn Bundespräsident Pascal Couchepin Richtigstellung verlangt. Vom Bundesrat wird aufgrund falsch interpretierter Statistiken des IHA (Institut für Haushaltanalysen) eindeutig der «Apothekerkanal als zu bevorzugen» dargestellt.

Dem stehen klare Fakten gegenüber, nämlich die nicht unbedingt immer ärztfreundlichen Zahlen der *santésuisse*! Demgemäss ist richtig, dass die *Kostenzunahme bei den Apothekern zwischen 1999 und 2002 ein Plus von 651 Mio. Franken ergab, hingegen bei den Ärzten nur von 160 Mio. Franken*. Der «SD-Kanal» ist eindeutig billiger und kostensparend. Es wäre ein volkswirtschaftlicher Unsinn, auf die anstandslos funktionierende, praktische und anerkannt günstige «Feinverteilung» von Medikamenten in den Arztpraxen zu verzichten. Es ist nützlich, wenn auch Sie bei jeder Gelegenheit darauf hinweisen. Der Vorstand wird sich seinerseits jeweils entsprechend den politischen Gegebenheiten bemerkbar machen.

## **Ärztterating – Helsana bleibt auf dem eingeschlagenen Weg – wir auch**

Wenn Sie Grundversorger sind und Helsanapatienten behandeln, haben Sie im Juli ein Schreiben mit «Ihren» Zahlen der Helsana bekommen. Die Zahlen mögen für die Risikoberechnung der Kasse interessant sein und im Rahmen der konfrontativen Politik dieser Kasse einen Einschüchterungsversuch darstellen. Für Ihre persönliche Statistik sind sie nicht brauchbar, da viel zu kleine Kollektive zur Verfügung stehen. Diese Aussage stützt sich auf eine Studie, welche das Trustcenter St.Gallen/Ostschweiz GallOnet AG durchgeführt hat. Die von der Ärzteschaft

ebenfalls teilweise bestrittenen Daten der *santésuisse* sind im Vergleich sogar noch aussagekräftiger! (SAeZ, 2003;84: Nr.19, S.960-963). Helsana weist in einem Schreiben an einzelne Patienten, welches dem Vorstand vorliegt, auf die Möglichkeit hin, sich in einem Callcenter beraten zu lassen.

Der Vorstand ist sich der Mängel der aktuellen statistischen Grundlagen bewusst. Kosten können aber nicht mit untauglichen Mitteln und in einer grundsätzlich eher misstrauischen und unkooperativen Atmosphäre gespart werden. Der Vorstand sucht Verbesserungen in qualitativer Hinsicht. Rein ökonomische Ansätze sind zum Scheitern verurteilt, nicht nur in unserer «Branche»!

## **2. KVG-Revision – wo stehen wir**

Der Nationalrat hat die Gesetzesrevision am 19.6.03 mit 86 zu 48 Stimmen angenommen. *Dabei wurde die Lockerung des Vertragszwangs fast einhellig mit 153 gegen 18 Stimmen befürwortet!* Die für uns wichtigsten Punkte sind:

- Die Kantone bestimmen pro Sparte die Mindestzahl Leistungserbringer.
- Die Kassen müssen nur noch mit mindestens der vom Kanton festgelegten Zahl von Ärzten Verträge abschliessen.
- Dabei werden Ärzte, die in Netzwerken mit Budgetverantwortung sind, bevorzugt.
- Die Vertragsdauer ist auf 4 Jahre festgelegt mit einer Kündigungsdauer von 18 Monaten. Rekurse sind bis vor Bundesgericht möglich.

Das Differenzbereinigungsverfahren zwischen den Räten findet im Herbst statt. Erst dann wird die definitive Version bekannt sein. Aus diesem Grund findet am 11. Oktober eine ausserordentliche Ärztekammersitzung statt. Haupttraktandum ist der Entscheid, ob gegen diese Revision das Referendum ergriffen werden soll. Es stehen dann zur Unterschriftensammlung 90 Tage zur Verfügung, die teilweise in die Weihnachtszeit fallen.

## **Gesundheitspolitik zwischen Wunsch und Wirklichkeit Gesundheitspolitisches Podium der Ärztegesellschaft Baselland am 27.8.03 in der Mittenza**

Zum Auftakt der Wahlveranstaltungen für die Nationalratswahlen will die Ärztegesellschaft Baselland den politischen Parteien den Puls fühlen und hat Vertreterinnen und Vertreter der 6 wichtigsten Parteien zum Gespräch auf dem Podium eingeladen. Die Veranstaltung ist in erster Linie für Sie als unser Mitglied gedacht. Wir freuen uns, wenn Sie auch Freunde und Bekannte mitbringen. Wir hoffen zudem auf die Teilnahme einiger politischer Opinionleader des Kantons als Gäste der Veranstaltung. Leitung: Herr Franz C. Widmer, Chefredaktor der Basellandschaftlichen Zeitung. Mit auf dem Podium Präsident Dr. Lukas Wagner und Vizepräsident Dr. Roland Schwarz.

## **www.syndata.ch**

Für Auskünfte betreffend der Mitgliedschaft, Vertragskonditionen oder allgemeinen Fragen zur Institution des ärzteigenen Trustcenters syndata AG wenden Sie sich an folgende email-Adresse: [syndata@syndata.ch](mailto:syndata@syndata.ch) oder an Frau Mattes, c/o BlueCare, Pflanzschulstrasse 3, 8400 Winterthur, Tel. 052 235 19 35. Verwaltungsratspräsident ist Herr Dr. Roland Schwarz, Muttentz.

## **Fürsorgerischer Freiheitsentzug FFE**

Die seit Anfang Jahr gültige Regelung für das Aufgebot des Notfallarztes hat sich bewährt. Allen Kolleginnen und Kollegen, die wegen eines FFE im Einsatz waren, sei an dieser Stelle bestens gedankt. Die Zusammenarbeit mit dem neuen Kantonalen Vormundschaftsamt funktioniert in aller Regel sehr gut. Die Neuerungen noch einmal in Kürze:

Anmeldung eines FFE über die Alarmzentrale der Polizei 061 926 35 35. Diese alarmiert die diensthabende Person des Vormundschaftsamtes.

Durch die Polizei werden die ärztlichen Dienste in folgender Reihenfolge aufgeboten:

1. Hausarzt, falls bekannt und erreichbar
2. a) tagsüber EPD Bruderholz (bis und mit Muttenz), EPD Liestal (ab Pratteln)  
b) nachts: Notfallpsychiater
3. Allgemeiner Notfalldienst, wenn Psychiater nicht innert 45 Min. am Einsatzort sein kann
4. Notfalldienste der Kantonsspitäler, wenn alle andern Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

Nach telefonischer Information der Dienstperson des Vormundschaftsamts muss ein Einweisungszeugnis an diese gesandt werden, i.d.R. per Fax. Es muss auf einer unmittelbar vorausgegangenen Untersuchung beruhen und folgendes enthalten:

- Meldedatum
- Name des Arztes
- Name, Geb.-Datum und Adresse der Patientin/des Patienten

- Zeitpunkt der durchgeführten Untersuchung
- Grobdiagnose
- Hinweis auf Fremd- oder Selbstgefährdung
- Konkreter Einweisungsgrund
- Hinweis auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung

In Basel-Stadt wohnhafte Personen sollten möglichst in die PUK eingewiesen werden.

## Aus dem Vorstand

# Aus dem Vorstand BS

### Geschäftsführung

Nach einem intensiven Evaluationsverfahren wurde Frau Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald als neue Geschäftsführerin per 1.1.2004 eingestellt; sie wird Dr. Peter Buss ablösen. Frau Langloh ist den meisten Mitgliedern durch ihre frühere Tätigkeit bei der MedGes bekannt (juristische Beratung, Unterstützung des Vorstandes).

### Sekretariat

Für das neue Sekretariat und die MNZ werden aktuell Räumlichkeiten evaluiert. Ziel ist ab 1.1.2004 am neuen Ort voll operativ zu sein.

### Ausserordentliche Mitgliederversammlung

Im Herbst wird eine ausserordentliche Mitgliederversammlung stattfinden anlässlich der Bekanntgabe des kantonalen Starttaxpunktwertes. In diesem Zusammenhang wird auch über die Rolle von Syndata während der Kostenneutralitätsphase informiert.

## Mitteilung der Santésuisse zur Rechnungsstellerstatistik 2002

Die Rechnungsstellerstatistik für das Jahr 2002 steht für die Mitglieder der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel-Stadt bei der santésuisse Basel zur Verfügung. Gemäss Abklärungen mit dem eidgenössischen Datenschutzbeauftragten dürfen die Statistikdaten nur dem Gesuchsteller persönlich abgegeben werden. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, ihre persönlichen Statistikdaten bei **santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, 4002 Basel**, schriftlich anzufordern.

Bitte beachten: Zahlstellennummern mitteilen (entspricht der «Konkordatsnummer») und frankiertes Rückantwortcouvert beilegen.

# KLIFO = Kompetente und Lehrreiche Informationsvermittlung durch qualifizierte Fachleute, hervorragend Organisiert

*Frau Dr. med. E. Jäggi, Biel-Benken*

Falls Sie bisher nicht so ganz genau wussten, was eigentlich die Bedeutung dieses «KliFo» ist – jetzt wissen Sie's. Faszinierend, wie sich aus der scheinbar sinnlosen Buchstabenreihe eines Akronyms je nach Bedarf ganz verschiedene Bedeutungen konstruieren lassen. A propos Bedeutung: Aus meiner Sicht rangiert die KliFo in der Hitparade der Fortbildungsveranstaltungen in unserer Region ganz oben. Das umfangreiche Programm erinnert an eine Karte der höheren Gastronomie, wo neben Währschaftern, vielleicht schon lange nicht mehr Genossenem, Spezialitäten zum Kennenlernen bereitstehen. Kein Tagesmenu-Einerlei für alle, sondern Zusammenstellen des Gebotenen nach eigenem Geschmack und Bedarf ist angesagt – es bleibt die Qual der Wahl.

Gastgeber der KliFo im Bruderholzspital ist Prof. Reto Krapf, Chefarzt der Inneren Medizin, der das Prinzip dieses alljähr-

lichen Fortbildungs-Happenings aus dem nicht allzu fernen Osten mitgebracht hat. Wie es ihm gelungen ist, die Kollegen der übrigen Abteilungen sowie etliche niedergelassene Spezialisten für dieses äusserst aufwändige Vorhaben zu begeistern und jedes Jahr wieder zur Mitarbeit zu motivieren, ist mir nicht bekannt. Das Resultat ist jedenfalls beeindruckend: Alle Kliniken sind im Programm vertreten und erhalten so Gelegenheit, ihr Können in einem persönlichen Rahmen vorzustellen. Dies ausserdem in einer Form, die den doch sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Vorlieben der teilnehmenden Kollegen gerecht wird. Eigentlich müsste die Veranstaltung durch das PR-Budget des Bruderholzspitals getragen werden, handelt es sich dabei doch um eine ausgezeichnete Werbemassnahme ...

Neben Weiterbildungsstunden bietet die KliFo Gelegenheit zum persönlichen Kontakt mit vielen Kolleginnen und Kollegen aus Praxis und Spital. In der anbrechen-

den Aetas reticularis\* wird gerade diese fachübergreifende Kommunikation sehr wichtig sein. Einen Schritt in diese Richtung stellte das Podiumsgespräch am Ende der diesjährigen KliFo dar, das die Zusammenarbeit zwischen Klinik- und Hausärzten zum Thema hatte. Vertreter beider Gruppen diskutierten über Form und Qualität der Informationsvermittlung, die Vorbereitung von Spitalaustritten und über das immer wiederkehrende Thema der Medikamentenwahl beim stationären Patienten.

Aufgrund des Gesagten erstaunt es wenig, dass von Jahr zu Jahr mehr Kolleginnen und Kollegen ihre Praxis während zwei Arbeitstagen schliessen, um die KliFo zu besuchen. Es bleibt zu hoffen, dass diese praxis- und alltagsgerechte Art der Wissensvermittlung viele Nachahmer findet. Übrigens: Die nächste KliFo findet am 10. und 11. Juni 2004 statt!

\*lat.: Zeitalter der Netzwerke

## Impressum

### Anschrift der Redaktion

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

### Mitglieder der Redaktion

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

### Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

### Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

### Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

### Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

### Inseratenregie

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

### Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender:

**Veranstaltungen bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden. Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 27. 08. 2003**



### Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



### Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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