

Leitartikel

aus dem Inhalt

Die Zukunft der Medizin in der Schweiz

Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär SAMW, Basel

Mitte September dieses Jahres stellte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) im Rahmen einer Vernissage ihr Buch «Zukunft Medizin Schweiz» der Öffentlichkeit vor. Zu diesem Anlass, der im Wildt'schen Haus in Basel stattfand, lud die SAMW sämtliche Ärztinnen und Ärzte der Region Basel ein. Von den rund 2000 angeschriebenen ÄrztInnen nahmen etwa 10 an der Vernissage teil. Die SAMW nimmt diese doch etwas enttäuschende

Präsenz zum Anlass, in der Synapse über dieses aus ihrer Sicht wichtige Projekt zu informieren.

Im Sommer 1999 lancierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin». Ausgangspunkt war die Frage, ob die gegenwärtige Medizin in der Schweiz angesichts der vielfältigen gesellschaftlichen Wandlungen zeitgemäss und insbesondere zukunfts-

→ Fortsetzung Seite 3

- Das Konzept der Komplikationenliste: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Inneren Medizin 4
- Arzneimittelmarkt Schweiz – neuste Zahlen 8
- Ethik im Gesundheitswesen 10
- MedGes-Kurzempfehlungen bei Wirtschaftlichkeitskontrolle 11
- Schritte in neue Räume: Drei «Bauplätze» im Bethesda-Spital 12
- Der mündige Patient 13
- Leserbrief 13
- Aus dem Vorstand 14
- Impressum 15

Editorial

Ist Prävention arrogant?

Kürzlich erschien im British Medical Journal ein Editorial mit dem provokativen Titel «The arrogance of preventive medicine». Dieses stammte aus der Feder von David Sackett, einem der Väter der evidenzbasierten Medizin. Hintergrund dieser Äusserungen waren die zuletzt erschienenen und eine breitere Öffentlichkeit beunruhigenden Berichte über die Hormonersatztherapie. Ist die Schulmedizin schon wieder auf dem Holzweg und haben wir schon wieder das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten verspielt? Liefern wir den Medien eine weitere Gelegenheit, lauthals «Skandal» zu rufen? Ich bin überzeugt, wir werden aus der Geschichte der Hormonersatztherapie vieles lernen, was uns in Zukunft hilft, Empfehlungen für präventive Abklärungen und Behandlungen noch besser und fundierter zu prüfen.

«Prävention» ist Mode und wird von bestimmten Kreisen als Allheilmittel gegen die Kostenexplosion angepriesen. Gerade am Jahresende, angesichts der fürs neue Jahr zu fassenden Vorsätze, tauchen Präventionsideen in grosser Zahl auf: Ich sollte mich mehr bewegen, sollte aufhören zu rauchen und endlich meine fünf täglichen Äpfel essen. Mit Pauken und Trompeten werden Präventionsaktionen angekündigt. Ganze Messehallen locken die Konsumenten mit einem breitesten Angebot an käuflicher Prävention. Testmobile und Luftbusse tauchen an Dorfmärkten auf. Viel wird für diese Ideen geworben, schliesslich liegen aber nur wenige zählbare Resultate auf dem Tisch.

Die mit Präventionsbemühungen verbundene Knochenarbeit wird oft leichtfertig vergessen. Selten ist ein Politiker bereit, uns Ärzte zu unterstützen, wenn es darum geht, die Impfbüchlein immer wieder zu kontrollieren

und die kritischen Ungeimpften mit sachlichen Argumenten zu überzeugen. Welche Krankenkasse ist bereit, verlängerte Konsultationen zu entschädigen, wenn mit dem entsprechenden Zeitaufwand der eine oder andere dazu bewogen werden kann, ernsthaft damit zu beginnen, das Rauchen einzustellen, die Ernährung zu ändern oder sich vermehrt zu bewegen? Gewisse Medien sind kaum davon abzubringen, unkritisch neue, angeblich noch bessere Präventionsuntersuchungen zu empfehlen. Für das nächste Jahr wünsche ich mir, dass Stimmen, die die Verhältnismässigkeit der verschiedensten Präventionsbemühungen vernünftig beurteilen, zunehmend Gewicht erhalten. Damit gewinnen wir auch in Präventionsfragen das Vertrauen der Bevölkerung und setzen uns nicht der Gefahr aus, als arrogante Sonntagsprediger zu erscheinen.

Dr. med. F. Rohrer

fähig sei. In Klausurtagungen, einem Symposium und im Austausch mit der Öffentlichkeit analysierten Ärztinnen und Ärzte aus der ganzen Schweiz sowie Fachleute aus weiteren Bereichen (Ethik, Recht, Ökonomie, Politik) die Situation der Medizin, benannten Probleme und zeigten Lösungswege auf. Seit Anfang dieses Jahres läuft das Projekt unter neuem Namen («Zukunft Medizin Schweiz») und mit erweiterter Trägerschaft. Eine ExpertInnengruppe unter Leitung von Prof. Dieter Bürgin aus Basel ist beauftragt, Ziele und Grenzen der Medizin in der Schweiz zu definieren.

Die Diagnose des obersten Schweizer Arztes anlässlich einer ersten Klausurtagung des Projektes «Neu-Orientierung der Medizin» war eindeutig. Aus Sicht von Dr. Hans Heinrich Brunner, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, ist die ärztliche Tätigkeit zu einer Leistung mit Marktwert geworden. Nicht mehr PatientInnen kämen zum Arzt, sondern KundInnen. Diese verlangten neben technischem Wissen zunehmend «existentielles Wissen» als Orientierungshilfe. Weil die traditionelle Medizin diesem Bedürfnis häufig nicht entsprechen könne, hinterlasse sie ein Vakuum, das von Heilsbringern aller Art gefüllt werde. Weitere, wesentliche Megatrends in der heutigen Medizin ortet Hans Heinrich Brunner in der Steuerung des menschlichen Organismus und seiner Reproduktion, in der Organtransplantation als Basis ewigen Lebens, in der Medikalisation aller Lebensbereiche sowie in der Verknappung der Ressourcen bzw. der Ökonomisierung der Medizin.

Es waren ähnliche Überlegungen, die im Frühjahr 1999 Prof. Johannes Bircher veranlassten, dem Vorstand der SAMW die Schaffung eines «Think Tank» vorzuschlagen, der sich intensiv mit der Entwicklung der Medizin auseinandersetzen sollte. Nach intensiver Diskussion beschloss der Vorstand der SAMW im Sommer 1999 die Lancierung des Projektes «Neu-Orientierung der Medizin» und beauftragte einen Steuerungsausschuss unter der Leitung von Prof. Bircher mit der weiteren Planung. Zwei Klausurtagungen im August 2000 und im Januar 2001 dienten dazu, in einem ersten Schritt die Situation der Medizin in der Schweiz zu analysieren, das heisst, jene Bereiche zu identifizieren, in denen die Orientierung der gegenwärtigen Medizin als problematisch erlebt wird; die Mechanismen zu verstehen, welche zu Schwierigkeiten geführt haben; Wege zu skizzieren, auf denen eine Neu-Orientierung erreicht werden könnte.

Erste Resultate

Die Teilnehmenden an den beiden Klausurtagungen – rund 60 Persönlichkeiten aus Medizin, Gesundheitswesen, Pflege sowie medizinexternen Organisationen und Institutionen – waren sich einig, dass die Schweizer Medizin einen hohen Standard aufweist, dass aber in der Zielsetzung, Organisation und Umsetzung zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten existierten. Eine Analyse der Problemfelder der Medizin ergab sechs Kernbereiche, in denen Verbesserungen erwünscht sind:

- **Ziele der Medizin angesichts von Pluralität und Interessenkonflikten:** Die gleichzeitige Orientierung der Medizin am Wohl jedes einzelnen Patienten/jeder einzelnen Patientin, an der sich wandelnden Wissenschaft, an den Bedürfnissen der Gesellschaft und an den ökonomischen Randbedingungen schafft Konflikte, die angegangen werden müssen. Die daraus resultierenden Spannungsfelder sind in einem für die Allgemeinheit transparenten Diskurs zu bearbeiten.
- **Empowerment:** Stärker als bisher sollten Patientinnen und Patienten situationsgerecht und partnerschaftlich in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Der Zugang zu qualifizierten Informationen («Wissen») über Gesundheit und Krankheit ist sicherzustellen. Gleichzeitig ist der Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit und bei der Behandlung von Krankheiten vermehrt Rechnung zu tragen.
- **Entscheidungsgrundlagen:** In vielen Bereichen der Medizin sind die wissenschaftlichen Grundlagen unvollständig; ihre Erforschung ist dringend. Neue Erkenntnisse (z.B. Informatik, Genetik, Nanotechnik) sind mit kritischer Offenheit zu prüfen und zugänglich zu machen. Die Erarbeitung adäquater medizinischer Massnahmen darf sich aber nicht allein auf naturwissenschaftliche Argumente stützen, sondern muss auch sozial- und geisteswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen.
- **Grenzen der Medizin:** Die Medizin stösst an biologische Grenzen (z.B. extreme Frühgeburten, hohes Alter), an die Grenze zwischen Machbarem und Sinnvollem (z.B. Intensivmedizin), an ethische (z.B. Forschung) und ökonomische Grenzen. Diese Grenzen zu akzeptieren bedeutet, die Begrenztheit des Lebens zu akzeptieren. Entscheidungen, die angesichts dieser Grenzen getroffen werden müssen, sollten transparent und nachvollziehbar gestaltet werden.

- **Anreize:** Das Gesundheitssystem beeinflusst die Medizin unter anderem durch das Schaffen von Anreizen. Diese sind so zu gestalten, dass qualitativ wertvolle und nachhaltige Leistungen in der Medizin sowie gesundheitsförderndes und präventives Verhalten des Bürgers und der Bürgerin belohnt werden.
- **Lebenslanges Lernen:** Die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Medizinalpersonen sollte den neuen Erkenntnissen und den sich verändernden Anforderungen an die Medizinalberufe kontinuierlich angepasst werden. Besonderes Gewicht sollte der kommunikativen Kompetenz, der Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, der Fähigkeit zum Umgang mit Fehlern, dem interdisziplinären Arbeiten und der Stärkung der Selbstverantwortung (Empowerment) beigemessen werden. Die bereits eingeleiteten Reformen des Medizinstudiums gehen in die richtige Richtung und verdienen Unterstützung.

Das Symposium «Zukunft Medizin Schweiz»

Mit dem Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» vom 30. August 2001 in Bern hatte das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» ein erstes Zwischenziel erreicht: Wie die zahlreichen Reaktionen zeigten, war es gelungen, eine breite medizinische Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Im Anschluss an das Symposium fand ausserdem eine «Folgetagung» statt, an der sämtliche Dekane der Medizinischen Fakultäten, der Präsident der FMH, der Vizedirektor und weitere Vertreter des BAG, der Vizedirektor des BSV, die Präsidentin des Nationalfonds, die Präsidenten der wichtigsten medizinischen Fachgesellschaften (SGIM, SGAM, SGP, SGC, SGI, SGPMP, SGPG, SGGG, SGG), der Präsident des KHM, sowie VertreterInnen der Pflege und weiterer ausgewählter Organisationen teilgenommen haben. Die lebhaften Diskussionen zeigten, dass die Initiative der SAMW, über die Probleme bzw. Inhalte der Medizin vertieft nachzudenken, als dringend erachtet und mehrheitlich begrüsst wurde. Wichtige Akteure (Dekanate, FMH, Fachgesellschaften, BAG, Pflege) erklärten sich bereit, aktiv bei diesem Prozess mitzuwirken.

Das Projekt auf breiterer Basis

Die Medizinischen Fakultäten der Schweiz, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie die SAMW haben im Dezember 2001 eine Vereinbarung unterzeichnet, wonach sie das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» unter dem Namen «Zukunft Medizin Schweiz» gemeinsam weiterführen wollten. In einem Projektauftrag bezeichneten sie folgende Ziele:

- Formulierung und Definition von Zielen der Medizin und ihrer Grenzen für die Schweiz in ihrem heutigen Umfeld.
- Definition der Zuständigkeitsbereiche der Medizin bzw. Abgrenzung gegenüber dem Umfeld (Beispiele: Gesundheitserziehung, Wellness-Bereich, Bildung).
- Umschreibung der Auswirkungen der Ziele für die medizinische Praxis.

Die direkte Leitung des Projektes obliegt einer Steuerungsgruppe mit Prof. Werner Stauffacher (SAMW-Präsident), Dr. Hans-Heinrich Brunner (FMH-Präsident) sowie Prof. Peter Suter (Dekan der Medizinischen

Fakultät Genf). Eine Expertengruppe unter Leitung von Prof. Dieter Bürgin aus Basel wird für die inhaltliche Arbeit zuständig sein. Weitere Mitglieder dieser Expertengruppe sind Prof. Johannes Bircher, Meikirch; Prof. Daniel Candinas, Bern; Prof. Sabina De Geest, Basel; Dr. Klaus Halter, Therwil; Dr. Petra Hüppi, Genf; Dr. Bertrand Kiefer, Genf; Prof. Fred Paccaud, Lausanne; Dr. Brida von Castelberg, Zürich.

Das Buch

Um das Projekt auch für Aussenstehende transparent zu gestalten, hat sich die SAMW entschlossen, die bisherigen Ergeb-

nisse des Projektes in Buchform zu veröffentlichen. «Zukunft Medizin Schweiz» enthält auf 380 Seiten die wesentlichen Referate der verschiedenen Tagungen, ausserdem die Resultate der Umfrage zum Thema «Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?» sowie die deutsche Übersetzung des Hastings-Reports «The Goals of Medicine». Das Buch ist im September 2002 im EMH Schweiz. Ärzteverlag in Basel erschienen und im Buchhandel oder direkt beim Verlag erhältlich.

Qualitätssicherung

Das Konzept der Komplikationenliste: Ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Inneren Medizin

Prof. Max Stäubli,
Chefarzt Medizinische Abteilung,
Spital Zollikerberg, Zollikerberg

Die Komplikationenliste ist ein Qualitätssicherungsprogramm der Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin zur Verminderung der durch medizinische Eingriffe bedingten Komplikationen, an dem sich zur Zeit 20 internistische Kliniken beteiligen. Die Verbesserung der Behandlungsqualität und Erhöhung der Patientensicherheit wird über die Intensivierung der Weiterbildung und Anpassung der Klinikrichtlinien angestrebt, was auf der mittels gemeinsamer Datentbank erhobenen Kasuistik und Statistik basiert. Entscheidend für die Erreichung des Zieles ist die Erfassung und Verhinderung auch scheinbar unbedeutender Ereignisse, die «ohne negative Folgen» verlaufen sowie das Interesse und Engagement in jedem einzelnen Spital.

Die «Komplikationenliste» ist ein seit 1998 durchgeführtes Qualitätssicherungsprogramm der Chefarztsvereinigung der Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM). Das Programm zielt darauf ab, die Komplikationen medizinischer Handlungen

zu vermindern. Es handelt sich um eine strukturelle und logistische Unterstützung der ärztlichen Kader zur Förderung der Behandlungsqualität und gehört in den Rahmen der Konzepte für die Patientensicherheit; dies ist der wesentlichste Teil dessen, was man unter Qualitätssicherung verstehen muss.

Die Methode der Komplikationenliste

In den beteiligten Kliniken für Innere Medizin werden bei jedem Patienten die durchgeführten Interventionen medikamentöser oder instrumentell-technischer Natur sowie die damit allenfalls ausgelösten Komplikationen tabellarisch festgehalten. Als Komplikationen werden unerwünschte Folgen medizinischer Interventionen definiert, die während des Aufenthaltes in einer internistischen Abteilung auftreten. Unter diese Definition fallen wegen potentiell schwerwiegender Folgen auch Vorkommnisse, bei denen keine tatsächlichen Nachteile für den Patienten resultieren: wie u.a. falsche Indikationen, falsche Dosierungen, Nicht-Durchführung von notwendigen Massnahmen und ähnliches. Es werden sämtliche Komplikationen registriert, auch wenn es sich um unbedeutende Ereignisse

handelt und unabhängig davon, ob dabei Fehler im Spiel waren oder nicht. Bei allen Ereignissen wird der Wert vor allem auf die Klärung der Entstehungsmechanismen gelegt.

Der Verbesserungsprozess erfolgt in 3 Schritten:

1. Fallweise Erfassung von Interventionen und Komplikationen
2. Kasuistische und statistische Aufarbeitung für alle Kliniken
3. Feedback aller Daten an alle Kliniken zwecks Weiterbildung und Anpassung/Änderung von Klinikrichtlinien

Unfallmeldungen in internistischen Kliniken?

Dieses Registrierungssystem lässt sich gut mit dem Unfallmeldesystem vergleichen, welches von der Chemie-Firma DuPont seit über 100 Jahren in industriellen Betrieben angewendet wird und das die Verbesserung der Arbeitssicherheit der Mitarbeiter in technischen Betrieben zum Ziel hat. Durch systematische Erfassung aller Unfälle, auch der Bagatellvorfälle sowie der «unsicheren Handlungen» und der damit möglichen Elimination solcher Ursachen war das Un-

ternehmen in der Lage, die Zahl der über die gleichen Mechanismen entstehenden schweren bis tödlichen Unfälle im proportionalen Verhältnis zur Reduktion der Bagatellereignisse zu vermindern. So konnte DuPont die Unfallzahlen auf 1% des Branchendurchschnittes senken! Wesentliche Erkenntnisse aus diesem Programm sind folgende:

- Unfälle sind keine Schicksalsschläge.
- Unfälle sind meistens die Folge unsicherer Handlungen und unsicherer Bedingungen.
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl unsicherer Handlungen oder Bedingungen und der Anzahl leichterer bis schwererer Unfälle inklusive jenen mit Todesfolge.
- Durch Reduktion aller (auch der scheinbar unbedeutenden) unsicheren Handlungen und Bedingungen kann die Zahl leichter bis schwerer Unfälle reduziert werden.

Diese Erkenntnisse lassen sich mutatis mutandis auf die Gewichtung von und den Umgang mit Komplikationen bei medizinischen Eingriffen übertragen.

Die Bedeutung von Fehlern, bei denen dem Patienten «nichts passiert»

Die Erfahrungen von DuPont bedeuten, dass bei der Erfassung von Komplikationen auch die scheinbar unbedeutenden Zwischenfälle «bei denen dem Patienten nichts passiert» notiert, analysiert und verhindert werden müssen, um ernsthafte Folgen zu vermeiden. Auch hier besteht ein statistischer Zusammenhang zwischen der Zahl scheinbar harmloser/alltäglicher Unsicherheiten und Komplikationen verschiedenen Schweregrades.

Die Ziele des Komplikationenlisten-Konzeptes sind damit sehr ähnlich denen des industriellen Unfallverhinderungskonzeptes:

1. Erhöhung der Patientensicherheit
2. Reduktion von Leid und Kosten
3. Laufende Verbesserung der Qualität der Leistungen
4. Förderung der Aus- und Weiterbildung
5. Verbesserung der Mitarbeiter- bzw. der Patientenaufklärung

Verantwortung ist nicht delegierbar

Ein wichtiger Aspekt beider Konzepte ist, dass die Verantwortung im Sicherheitsbereich nicht delegierbar sein kann. Sie liegt beim obersten Führungsverantwortlichen. Für eine internistische Klinik wäre das der

Chefarzt. Entscheidend sind auch das absolute Ernstnehmen der Sicherheitsfragen und die eiserne Konsequenz in der Durchsetzung, denn schlechte Beispiele untergraben die Disziplin! Bei Fehlern sollen aber nicht Schuldige bestraft werden, sondern es müssen die Gründe für das Abweichen von vorgegebenen Standards eruiert und eliminiert werden. Da seltene Komplikationen meistens ihre Anfänge in unsicheren Handlungen und Bedingungen nehmen, führt die Vermeidung seltener Komplikationen über Erkennung, Erfassung und Elimination der häufigen unsicheren Handlungen.

Katheterphlebitiden – ein Beispiel aus der Praxis

Das folgende Beispiel zeigt den Zusammenhang auf zwischen der Elimination unsicherer Bedingungen und der Reduktion der Zahl ernsterer Konsequenzen anhand der Katheterphlebitis.

Jahr	Venenzugänge	Phlebitis	Antibioticum
1999	2044	55	6
2000	2194	51	3
2001	2285	40	1

Die Tabelle zeigt die Anzahl der Phlebitiden, insbesondere jene mit Notwendigkeit zu Antibiotika-Behandlungen in einem einzelnen Spital. Nach Einführung eines neuen Betreuungsprogrammes für periphere Venenkatheter im Frühjahr 2000 gingen diese im Laufe dreier Jahre deutlich zurück. Die wichtigsten Elemente dieses Programmes waren: Entfernung des Verbandmaterials zur Inspektion der Haut nur bei Problemen, Zwischenschaltung eines Schlauchteils zwischen Venenkatheter und allfälligen Injektionsstellen für Zusatzmedikamente, möglichst kurze Liegedauer der Katheter. Die konsequente Registrierung der Phlebitiden und insbesondere die Registrierung von sechs antibiotikabedürftigen Phlebitiden im Jahr 1999 hat zur Einführung des neuen Venenpflegeprogrammes geführt und zur Reduktion schwererer Phlebitiden beigetragen.

Weitere Resultate des Programms haben zwischen 1998 bis 2001 zur Erkennung verschiedenster Schwachstellen geführt, was zur Optimierung unterschiedlichster Eingriffe und Prozesse nutzbar gemacht werden kann. Solche Schwachstellen sind z.B.:

- Identifikation von Patienten
- Fehlen/Nichtbeachtung von Richtlinien
- Fehlen von Verbindlichkeit oder Durchsetzungsprozedere
- Irrtümer auf verschiedenster Stufe in der medikamentösen Behandlung: Indikationsstellung – Verordnung – Verabreichung – Schreibweise bei Verordnungen
- Patientenaufklärung vor Eingriffen
- Ganz generell sind Schnittstellen kritische Punkte in allen Prozessen und Bereichen.

Schlussbemerkungen

Unser Programm hat sich zur Erkennung von Schwachstellen in der Weiterbildung, der Spitalorganisation und der Patientenbehandlung bewährt. Das beruht darauf, dass die Thematik breit gefächert ist und folgenden Kriterien genügt:

- Die evaluierten Interventionen sind organübergreifend und die Evaluation bezieht die Schnittstellen mit ein.
- Der organübergreifende Ansatz entspricht dem breiten Bildungs- und Dienstleistungsauftrag der Inneren Medizin und ihrer Nachbargebiete.
- Das Vorgehen widerspiegelt die Polymorbidität der Mehrzahl der Patienten.
- Die Erfassung aller medizinischen Interventionen und der entsprechenden Komplikationen erfolgt prospektiv.

Statistik und Kasuistik zeigen, dass die Teamarbeit in einem Spital in Form des engen Zusammenwirkens der verschiedenen Dienstbereiche ausserordentlich wichtig ist und dass die Prozesse klar definiert, bekannt sein und befolgt werden müssen. Insgesamt sind es vor allem immer wieder die Schnittstellen, welche Anlass zu Schwierigkeiten und Fehlerentstehung geben und wo es sehr klare Richtlinien braucht, damit diese vermieden werden können. Diese Feststellung gilt je länger, je mehr, denn die Zahl der Schnittstellen wird weiter zunehmen. Es ist klar, dass jedes Spital und jede Klinikleitung selber die entsprechenden qualitativen Massstäbe setzen muss und dass die Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Programm nur durch die in den einzelnen Spitälern herrschende Initiative möglich ist.

Dieses Programm wird ermöglicht dank der finanziellen Unterstützung folgender Institutionen und Unternehmen: Altana, Sanofi-Synthelabo, GlaxoSmithKline, MSD, Bristol-Myers Squibb, Upsamedica, Pfizer, Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin, Spitäler und private Donatoren.

Arzneimittelmarkt Schweiz – neuste Zahlen

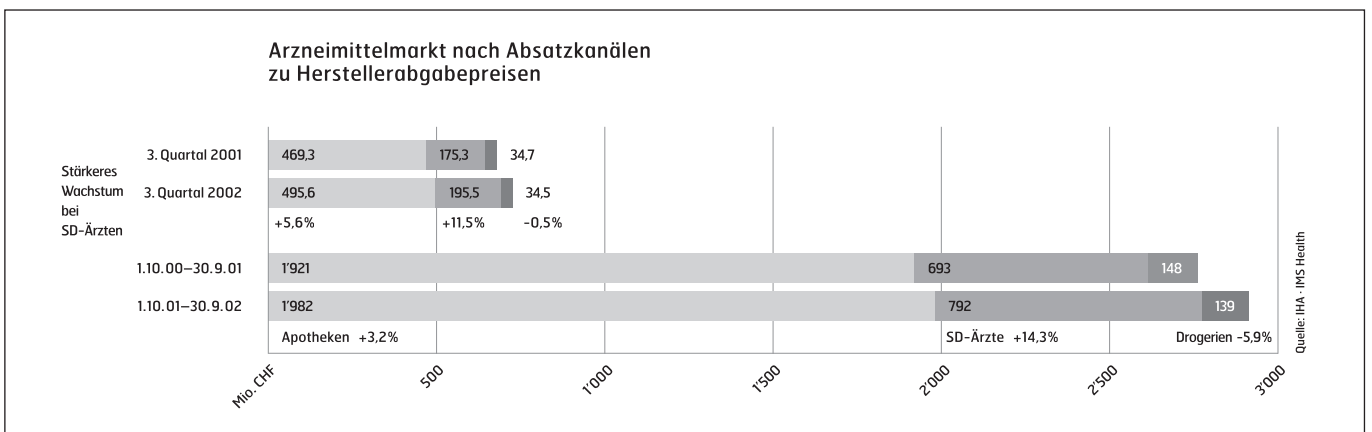
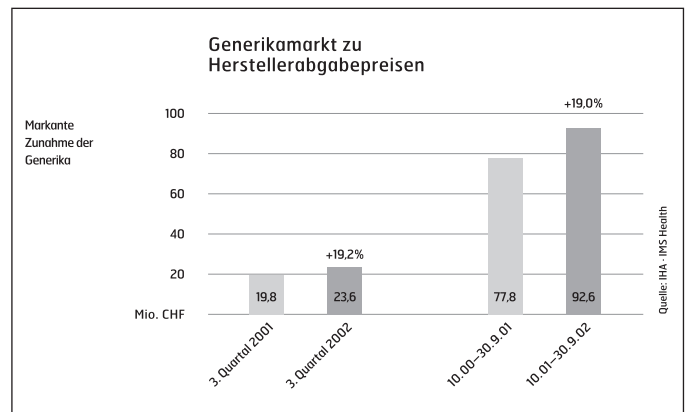
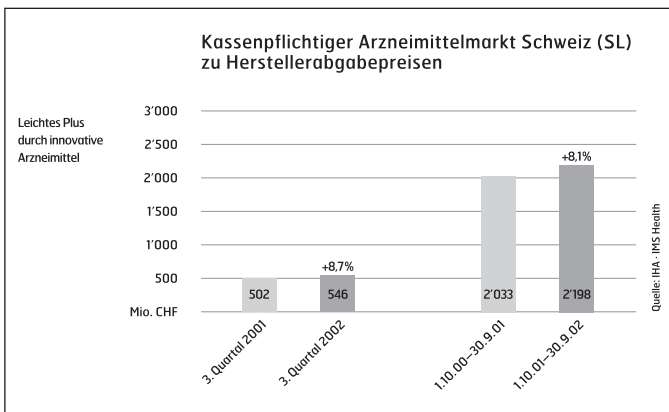
Dr. med. F. Rohrer, Innere Medizin FMH,
Lausen

Auf Grund der im dritten Quartal 2002 durch das Institut IHA in Hergiswil und die Interpharma erhobenen Zahlen kann die Entwicklung des Schweizerischen Arzneimittelmarktes im Jahre 2002 bereits gut abgeschätzt werden. Im Vergleich zur entsprechenden Vorjahresperiode ergab sich nach Herstellerabgabepreisen ein Umsatzwachstum von 6,8%, wenn der Spitalmarkt nicht einbezogen wird. Bei den kassenpflichtigen Medikamenten betrug das Wachstum sogar 8,7%. Auf Grund der erhobenen Zahlen waren es vor allem die neuen, innovativen Präparate, die zum stärkeren Wachstum bei den kassenpflichtigen Arzneimitteln beigetragen haben. Insgesamt schwächte sich das Wachstum des Marktes gegenüber dem Vorjahr leicht ab.

Weiterhin ist es quantitativ schwierig zu erfassen, in wieweit durch den Einsatz dieser z.T. sehr teuren neuen Medikamente eine wirkungsvollere und kosteneffizientere Behandlung von Krankheiten ermöglicht und damit in anderen Bereichen des Gesundheitswesens Kosteneinsparungen realisierbar wurden. Eine wichtige Ursache dieser Schwierigkeiten mit der Gesundheitsstatistik sind die politisch bedingten Verzerrungen unseres Gesundheitsmarktes, zum Beispiel durch die gemeinsame Spitalfinanzierung durch Krankenkassen und Staat oder die finanzielle und rechtliche Trennung zwischen Behandlungs-, Arbeitsausfall- und Invaliditätskosten.

Die Bemühungen, Kosten durch den vermehrten Einsatz von Generika zu senken, sind weiterhin erfolgreich. Zu Herstellerabgabepreisen wuchs der Generikamarkt im Zwölfmonats-Vergleich um 19,0%. Dennoch bleibt der Generikaanteil im Vergleich mit anderen europäischen Ländern tief. Bei

den selbstdispensierenden Ärzten ergab sich mit 11,5% ein höheres Wachstum der Arzneimittelumsätze als in den Apotheken mit lediglich 3,2%. Anzunehmen ist, dass die selbstdispensierenden Ärzte bei ihren meist ländlichen, Neuerungen weniger aufgeschlossenen Patientinnen und Patienten nun vermehrt innovative und teurere Präparate, die sich in den letzten Jahren andernorts bewährt haben, abgeben. Zudem nehmen in den SD-Gebieten die betagten Patientinnen und Patienten mit entsprechend höherem Medikamentenbedarf zu, während in städtischen Gebieten ohne Selbstdispensation der «Altersgipfel» bereits überschritten ist. Wie weit eine Änderung des Patientenverhaltens eine Rolle spielt und Medikamente zur Umgehung der in den Apotheken verrechneten Beratungs- und Dossierführungstaxen vermehrt beim Arzt bezogen werden, kann aus den vorliegenden Zahlen nicht abgeschätzt werden.



Ethik im Gesundheitswesen

Dr. med. J. Bättig, Innere Medizin FMH, Muttenz

Vom 26.–28. September 2002 fand an der Universität Bern unter der Leitung von Dr. iur. Ch. A. Zenger ein Kurs «Ethik im Gesundheitswesen» statt. Unter den 23 Teilnehmern befanden sich 10 Ärzte. Daneben waren verschiedenste Berufsgruppen aus Bundesämtern, Krankenkassen, Unterricht und Industrie vertreten. Dr. med. J. Bättig aus Muttenz hat ebenfalls an diesem Kurs teilgenommen und berichtet für die Leserinnen und Leser der Synapse.

Im vielfältigen Programm fanden sich Referate, Panel-Diskussionen und Gruppenarbeiten. Der Medizinhistoriker Prof. U. H. Tröhler las über «Wie definieren wir die Idee der Medizin», «Sucht als Beschränkung der Freiheit» und «Der Arzt als Unternehmer und Heiler». Der Medizinethiker Prof. Dr. Ch. Rehmann referierte über «Zugangsweisen zur Ethik» und über «Ethische Theorien der Gerechtigkeit». Als Grundprinzipien erwähnte er Autonomie, wohl tun, nicht schaden und Gerechtigkeit.

Welche ethischen Probleme ruft die Kostensteigerung hervor?

Diese Panel-Diskussion fand ich sehr überzeugend. Auf dem Podium diskutierten F. Britt, Vizedirektor des BSV, Dr. H. H. Brunner, Präsident der FMH, M. Kessler, Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisationen und R. Ziegler, Direktorin des Kantonsospitals Basel. Das Gespräch drehte sich bald um den Begriff Rationierung. Das soziokulturelle und damit auch ethische Umfeld änderte sich: Das Wohl des Kranken werde jetzt durch die Mittel der Allgemeinheit ermög-

licht. In den Spitälern pflege jedoch jeder sein eigenes Gärtchen. Falsche Anreize förderten die Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Die soziale Grundversicherung gehe langfristig zu Grunde, falls sie weiterhin alles bezahlen müsse. Da uns viele Daten mit hoher Evidenz fehlten, müsse eine praxisbezogene Diskussion geführt werden. In diesem Zusammenhang sei es fatal, wenn die staatlich geförderte Forschung abnehme. Kein eingeschränkter Leistungskatalog und kein Globalbudget könnten die wirtschaftlichen und ethischen Probleme langfristig lösen. Immerhin gleiche unsere föderalistische Demokratie politische Hau-Ruck-Entscheidungen aus und gebe es zuletzt den Stimmbürgern in die Hand, Rationierungsbeschlüsse anzunehmen oder zu verwerfen. Meines Ermessens sollte statt dem Begriff «Rationierung» der Ausdruck «Setzen von Prioritäten» verwendet werden.

Risiko und Sicherheit bei medizinischen Innovationen

Erstaunlicherweise zeigen sich in der Medizingeschichte wenig Bedenken vor «Verfremdungen». Lammblut sollte lammfromm machen und Bluttransfusionen sollten es ermöglichen, einen bestimmten Charakter zu übertragen. Erst seit der Einführung der Herztransplantation werden bedenkliche Veränderungen der Persönlichkeit stärker diskutiert. Im Zusammenhang mit der Xenotransplantation liegt noch viel Diskussionsstoff vor uns. In einem Referat berichtete Dr. Ch. A. Zenger als Jurist der Berner Ethikkommission anhand nachvollziehbarer Beispiele über verschiedene Probleme beim Schutz der Versuchspersonen in der klinischen Forschung.

Philosophischer Diskurs

In einer Gruppenarbeit über den Embryonenverbrauch zur Gewinnung von genügend Stammzellen erstaunte mich das Nichtwissen der Teilnehmer über die Basis der philosophischen Argumentation, warum der Embryo von Beginn an Mensch sei. Der philosophische Diskurs wird heute leider nicht mehr gepflegt und durch historische, nicht naturwissenschaftlich belegte «Meinungen», die ja auch einmal «Geltung» hatten, verwässert. Allgemein war es nicht eine besondere Stärke dieses Ethikkurses, Diskurse argumentativ zu führen. Es wurden eher Meinungen formuliert, statt Argumente begründet. Ein Problem bestand auch darin, dass der Medizinhistoriker nicht trennte zwischen den Aussagen über den Tod des Menschen, dem Tod des Hirns und den Möglichkeiten, den Tod festzustellen. Positiv war, was durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die Gruppenarbeiten eingebracht wurde. Die Organisatoren waren gut beraten, frontale Vorlesungen zu Gunsten von Gruppenarbeiten zu kürzen. Die Ergebnisse «unserer» Diskussionen wurden im Plenum allen zugänglich gemacht.

Zur Qualifikation der Teilnehmer musste am Ende des Kurses eine Arbeit über die Lösung eines ethischen Problems aus der eigenen praktischen Tätigkeit im Gesundheitswesen eingeschickt werden. Ohne diese erfolgt lediglich eine Teilnahmebestätigung. Für mich habe ich eine Arbeit über die palliative Behandlung bei entscheidungsfähigen und bewusstlosen Patienten eingesandt. Die Autonomie der Patienten und Angehörigen wurde dabei besonders gewichtet.

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!

MedGes-Kurzempfehlungen bei Wirtschaftlichkeitskontrolle

Fragen an den Betroffenen:

- Ist dies der erste Brief der sas?
- Wie waren die indexierten Kosten in den letzten Jahren?
- Was könnte die Höhe der Kosten/des Kostenanstiegs ausgemacht haben?

Empfehlungen nach Erhalt des ersten Briefes von sas:

- Erster Brief: Warnung, hat noch keine Konsequenzen. Er wird mit einem Vorbehalt verknüpft, dass eine Rückforderung geltend gemacht wird, falls die Kosten nicht sinken. Problem: Der Brief wird zu einem Zeitpunkt verschickt, in welchem die Kosten des laufenden Jahres nicht mehr beeinflusst werden können. Z.B. rügt der im September 2002 verschickte Brief die Zahlen von 2000/ 2001. Das

Jahr 2002 kann nicht mehr beeinflusst werden, 2003 wird dann aber kontrolliert.

- Gespräch suchen mit den Kollegen in der gleichen Vergleichsgruppe: Ist diese Gruppe überhaupt vergleichbar?
- Was sind die Besonderheiten der eigenen Praxis? Wieso unterscheidet sie sich von den anderen der Vergleichsgruppe?
- Eigene Zahlen als Beweis vorlegen.
- Reaktion: Brief beantworten. Kooperation zeigen (Erstaunen darüber, dass Kosten so hoch sind und gegebenenfalls mitteilen, dass versucht wird, die Kosten zu senken; betonen, dass für das vergangene Jahr die Kosten nicht mehr beeinflusst werden können; Besonderheiten der Praxis anführen, vergleichbare Kollegen suchen.)

Empfehlungen nach Erhalt des zweiten Briefes von sas:

- sas soll ihre Behauptungen beweisen und Zahlenmaterial des betroffenen Arztes widerlegen: Forderung, dass aufgezeigt werden soll, wer in der Gruppe ist, was diese genau tun, wie der Vergleich vorgenommen wird.
- Wenn keine Einigung zustande kommt: PVK anrufen
- Das ganze Verfahren dauert ca. 3-4 Jahre
- Nie einen Vergleichsvorschlag der sas unterzeichnen, ohne mit dem MedGes-Sekretariat (Tel. 061 278 93 80) gesprochen zu haben! Jeden Schritt wenn möglich mit dem MedGes-Sekretariat absprechen!

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärtzelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

In lockeren Abständen gaben wir Privatkliniken aus Stadt und Land Gelegenheit, sich den Leserinnen und Lesern der Synapse vorzustellen. Für die in unseren Gesellschaften organisierten Belegärzte sind diese täglicher Arbeitsort. Durch im Rahmen der regionalen Spitalplanung geäußerte Ideen und die durch den Kanton Baselland erfolgte Kündigung des Vertrages für Allgemeinpatienten mit

verschiedenen städtischen Kliniken sowie den damit verbundenen Werbeaktivitäten der betroffenen Privatkliniken hat diese Serie nun eine vermehrte politische Relevanz erhalten. Die in der Synapse publizierten Texte sollen in erster Linie die Leserinnen und Leser – und damit die zuweisenden Ärzte – über Angebote, Schwerpunkte, aber auch Limitierungen der besprochenen Kliniken orientieren

und keineswegs die Leistungen der grossen öffentlichen Spitäler schmälern. Wenn auch die Privatspitäler gewisse komplementäre Angebote erbringen, bleiben die Kantonsspitäler Zentrum und häufigster Ansprechpartner in der Grundversorgung.

Dr. med. F. Rohrer

Schritte in neue Räume: Drei «Bauplätze» im Bethesda-Spital

Tagesklinik und Überwachungsstation mit 16 Plätzen

Im Januar 2003 wird hier eine der modernsten Tageskliniken eingeweiht! Innovativ bildet die neue Station mit 16 Plätzen eine

Kombination von Tagesklinik und ebenfalls neuer Überwachungsstation mit IMC-Betten.

Die direkte Verbindung zum Operationstrakt garantiert kurze Wege und ein Höchst-

mass an Sicherheit für unsere Patienten. Das medizintechnische und gleichzeitig architektonische Bijou steht am Donnerstag, 9. Januar 2003, zwischen 17.30 und 20.00 Uhr zur Besichtigung offen.



Erweiterung OPS-Kapazität:

4. Operationssaal

Zu den drei bestehenden wird ein vierter, vollwertiger Operationssaal eingebaut. Das räumliche Umfeld aller vier Operationssäle wird betrieblich und funktionell optimiert und benutzerfreundlich eingerichtet.

Zusätzlich entsteht ein Interventionsraum insbesondere für die Schmerz-Therapie-Patientinnen und -Patienten der Anästhesie-Ärzterschaft. Anschliessend an den Operationsbereich wird ein neuer Erstversorgungsraum für Neugeborene nach Sectio erstellt. Geplante Eröffnung: Mitte Oktober 2003

Dialysestation

Im Erdgeschoss des Traktes N (entlang der Gellertstrasse) wird zur Zeit eine grosszügige Dialysestation mit 12 Plätzen erstellt. Die ärztliche Betreuung erfolgt durch die nephrologische Spezialabteilung des Kantonsspitals (Chefarzt Prof. Dr. J. Steiger). Geplante Eröffnung: Anfang September 2003

Lesen Sie weitere Informationen auf der Homepage www.bethesda.ch!

Der mündige Patient

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

Lange waren wir Ärzte die Autoritäten, die oft ohne Rücksicht auf die Meinung des Patienten verordneten, was ihrem Wissen nach für diesen sinnvoll war. Heute schlägt das Pendel auf die andere Seite aus: Der Patient bestimmt immer mehr selbst, häufig aber ohne sich das ihn betreffende Wissen angeeignet zu haben

Immer mehr Patienten kommen heute mit Vorinformationen zum Arzt. Oft besteht bereits eine gewisse Vorstellung oder Vermutung über die eigene Krankheit, die erwarteten Abklärungen und den bevorstehenden Therapieplan. Das ist hilfreich und sinnvoll, wenn sich die Beurteilungen von Patient und Arzt decken. Das kommt vor, etwa bei einem Mann, der vermutet, Diabetes zu haben, weil er seit einem halben Jahr mehr Durst hat, müde ist, mehr Wasser löst und eine mit Diabetes belastete Familienanamnese hat. Oder bei der Patientin, die sich nach eröffneter Diagnose eines asymptomatischen Hyperparathyreoidismus im Internet mit den Behandlungsoptionen auseinandersetzt. Bei der nächsten Besprechung macht sie den Vorschlag zur Operation des Nebenschilddrüsenadenoms, da sie nicht lebenslang Biphosphonate nehmen wolle.

Leider ist solche Topinformation und Entscheidungskompetenz im ärztlichen Alltag nicht die Regel. Die angelieferte Riesenmenge von Informationen wird meist falsch interpretiert und die daraus entstandenen Fehlschlüsse müssen erst in mühsamen Erklärungen korrigiert werden, bevor man sich dem eigentlichen Problem des Patienten zuwenden kann. Andererseits ist die Meinung des Arztes nur noch ein Puzzle-Element unter anderen, die zum Entscheidungsbild des Patienten führen. Oft prägen momentane «Life-events», Stammtischmeinungen oder der Überdokter vom Fernsehen den Patienten stärker als die Konsultation beim Arzt. Durch das Füllen von Entscheiden ohne sauber erarbeitete Entscheidungskompetenz wirkt sich die Mündigkeit des Patienten zu seinen Ungunsten aus.

Es gibt mündige Patienten, die durch die Erarbeitung einer Kompetenz bezüglich ihrer Krankheit mit mehr Selbstständigkeit zu besseren Resultaten geführt werden können. Leider ist ein grosser Teil der Bevölkerung aber dazu nicht in der Lage. Wenn diese dennoch ihre Mündigkeit wahrnehmen wollen, werden sie als «noncompliant» bezeichnet. Wir können mit unserer Kommunikationskompetenz versuchen, sie dennoch in den Leitplanken zu halten und viel-

leicht gar das nötige Gesundheits- und Krankheits-Bewusstsein zu entwickeln, das für selbstständig Entscheidende nötig ist, um gute Resultate zu erreichen. Aber auch in dieser Beziehung öffnet sich die Schere zunehmend zwischen den Menschen, für die die medizinische Mündigkeit ein Segen oder ein Fluch ist. Studien werden übrigens nur mit mündigen Patienten gemacht. Der «informed consent» und damit das Bewusstsein über das Thema der Studie ist Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie. Gelten die Studienresultate wohl auch für die vielen Patienten, die dieses Bewusstsein nicht haben und nie entwickeln werden?

Obwohl der Umgang mit mündigen (bewussten wie nicht bewussten) Patienten für den Arzt anspruchsvoller ist, habe ich mit den Entscheidungen meiner Patienten in der Regel keine Schwierigkeiten. Mühe bekomme ich erst, wenn der Patient gegen meinen Rat seine selbstständige Entscheidung durchsetzt, aber die Verantwortung dafür dennoch mir anhängt. Dann sinkt mein Kompetenz-Pegel in der Stammtischmeinung wieder und damit auch mein Einfluss darauf. Zum Glück gibt es noch andere Faktoren, die das Pegel wieder ansteigen lassen, sonst wäre meine Praxis wohl schon lange leer!

Leserbrief

Interview mit Frau Prof. Dr. med. Hedwig J. Kaiser, Studiendekanin Med. Fakultät Uni Basel (Synapse 4/Juli 2002)

Die Studienreform ist in Basel abgeschlossen. Damit ist Basel «europaweit bei den Ersten».

Die Reform umfasst u.a. neue Lernformen, die «dozentenintensiver» sind. Ausserdem findet neu eine «Dozentenevaluation» durch die Studenten statt. Im Interview leider nicht angesprochen sind die Dozenten in eigener Praxis: Allein im Einzeltutoriat, einer Basler Spezialität, sind 132 Lehrärzte in

ihrer Hausarztpraxis und 35 Spezialärztinnen und -ärzte über die ganze Region verteilt tätig (BS, BL, AG, SO, LU, BE, D). Ihnen sei auf diesem Weg ein spezieller Dank abgestattet, erfüllen sie doch ihre Aufgabe, ebenfalls neben ihrer Dienstleistung, mit grossem Engagement bei einer bescheidenen finanziellen Vergütung. Gerade die Ausbildung in Hausarztmedizin, die durch das Forum für interdisziplinäre Hausarzt-

medizin (FIHAM) organisiert und überwacht wird, war für die Bewertung der Ausbildungsqualität an der Uni Basel von relevanter Bedeutung.

Dr. med. Rudolf Ott Dr. med. Pierre Périat
Biel-Benken Riehen

Vertreter der Lehrärzte BL resp. BS
in der FIHAM-Kommission

Aus dem Vorstand BS

TrustCenter TC / syndata ag

syndata heisst die vor ihrer Gründung stehende Aktiengesellschaft, die Dank dem Einsatz von Mitgliedern aus der Ärztesellschaft BL und der MedGes zustande kam und unter dem Patronat der Ärztesellschaften BL und BS steht. Der Betrieb von deren TC sollte zum Zeitpunkt der TarMed-Einführung (1.1.2004) somit sichergestellt sein.

syndata soll die Leistungsdaten der Ärztinnen und Ärzte der Region aus Praxen und Spitälern mit Belegarztstätigkeit zusammenführen. Hieraus ergeben sich die folgenden Vorteile:

1. Jedem Arzt und jeder Ärztin stehen die regelmässig erscheinenden eigenen Kennzahlen und Indikatoren im Vergleich zum Kollektiv zur Verfügung.
2. Den beiden kantonalen Ärztesellschaften oder den Fachvereinigungen stehen anonymisierte Daten für Verhandlungen mit *santésuisse* zur Verfügung (Datenparität). Diese werden bereits bei der Einführung des TarMed-Tarifes während der Kostenneutralitätsphase von grossem Nutzen sein. Gemäss der kürzlich vom Bundesrat genehmigten Vereinbarung zur Kostenneutralität müssen zur Festsetzung wichtiger Tarif-faktoren auch Daten von Ärzteseite berücksichtigt werden.
3. Kooperation mit der national tätigen NewIndex AG, in der sämtliche kantonalen Ärztesellschaften, die FMH und die Ärztekasse vertreten sind. Ziele: Datenaggregation auf nationaler Ebene für Kostentransparenz im Gesundheitswesen.
4. Geordneter und sicherer elektronischer Datenaustausch mit den Versicherern unter TarMed.

Diese Vorteile lassen sich besser realisieren, wenn sich eine genügende Anzahl Mitglieder dem TC der *syndata* anschliessen; die Zeichnung von Aktien der *syndata* entspricht dabei einer Investition in die Zukunft.

Wirtschaftlichkeitskontrollen

Wir betrachten die gegenwärtig in der Region laufenden Wirtschaftlichkeitskontrollen als defensives, offensichtlich ohne jegliches medizinisches Know-how durchgeführtes Manöver der sas, das zum falschen Zeitpunkt kommt und infolge des inakzeptablen Tons nur zur Verängstigung der betroffenen Ärztinnen und Ärzte, besonders aber der Psychiaterinnen und Psychiater im Hinblick auf TarMed gut sein kann. Die sas-Statistik bleibt ein untaugliches Mittel zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit: beispielsweise wurden ganz unterschiedliche Psychiatriepraxen miteinander verglichen, nämlich solche, die Reihenuntersuchungen mit hunderten von Patienten durchführen (in diesen wird pro Untersuchung jährlich nicht einmal eine Stunde pro Patient benötigt) neben solchen, in denen wenige Patienten (mit achtzig und mehr Stunden pro Jahr) intensiv behandelt werden können. Das EVG (Eidg. Versicherungsgericht) hat denn 1999 auch bestätigt, dass, wenn ärztlicherseits nach KLV (Art. 2 und 3) vorgegangen wird, die Krankenkasse nicht hinterher aufgrund ihrer Statistik Rückforderungen stellen darf.

Reorganisation des allgemeinen Notfalldienstes NFD

Die Vorbereitungen zur Reorganisation des NFD gehen weiter. Das Dienstreglement musste angepasst werden. An die betroffenen Dienstverpflichteten im allgemeinen Notfalldienst der MedGes (Allgemeinärzte, Allgemeininternisten und Internisten mit Subspezialität sowie med. pract. mit Jahrgang 1948 und jünger) wird ein Orientierungsschreiben versandt.

TarMed

Am 30.9.2002 hat der Bundesrat TarMed endlich zur Einführung empfohlen. Diese soll per 1.1.2004 erfolgen.

Grippe-Impfkampagne mit dem baselstädtischen Apothekerverband

Am Roundtable vom 17.10.2002 wurde mit dem baselstädtischen Apothekerverband vereinbart, dass die Grippeimpfkampagne aus verschiedenen, v.a. organisatorischen Gründen im Jahr 2003 mit einem Pilotprojekt durchgeführt wird. Diesem Vorgehen haben die Fachgruppen der Allgemeinpraktiker und der Allgemeininternisten zugestimmt. Die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern ist im Übrigen auch im Hinblick auf die mögliche Aufhebung des Kontrahierungszwangs bedeutsam.

Umstrukturierung Sekretariat

Den neuen Vertrag mit der Firma Nonprocons, welcher ab 1.1.2003 gelten wird, hat der Vorstand juristisch überprüfen lassen. Wichtige und bindende Voraussetzung der Zusammenarbeit zwischen MedGes und Nonprocons bleibt, dass die Geschäftsführung während der Vertragsdauer an die Person von Frau Dr. Jenny Langloh-Wetterwald gebunden bleibt.

Synapse

Die Anzahl der Redaktionskommissionsmitglieder sollte zwischen der MedGes und der AeGBL paritätisch sein. Auf BS-Seite fehlen zur Zeit zwei Mitglieder. Optimal wären je ein Mitglied aus den Reihen der Grundversorger bzw. der operativ Tätigen. Meldungen bitte an Benjamin Pia (email: bpia@freesurf.ch).

Mitarbeit in der Gesellschaft

Der Vorstand ruft die Mitglieder auf, sich vermehrt in der Gesellschaft zu engagieren. Neue Aufgaben müssen übernommen werden, die zum Teil besondere Kenntnisse oder ein besonderes Flair für Zahlen erfordern. Wer solches hat, melde sich beim Präsidenten (email: renato.marelli@bluewin.ch).

Aus dem Vorstand BL

Generalversammlung vom 21. November 2002

An der gut besuchten Herbstversammlung hat sich der gesamte bisherige Vorstand für die neue **Amtsperiode 2003 bis 2005** wieder zur Verfügung gestellt und wurde – ebenso wie der seit einem Jahr amtierende Präsident Dr. Lukas Wagner und die beiden Vizepräsidenten Dres. Roland Schwarz und Urs Buess – per Akklamation im Amt bestätigt. Dr. Roland Schwarz (Mitglied der Projektleitung) bekräftigte einmal mehr den Nutzen des TrustCenters syndata AG als Gegengewicht gegen die teilweise umstrittene SAS-Statistik und den Vorteil für jeden einzelnen Aktionär. Mittels eines individuellen «Praxisspiegels» wird es künftig möglich sein, die eigenen Praxisdaten mit anonymisierten Daten anderer Praxen zu vergleichen. Besonders wichtig sind unsere eigenen Daten zur Kontrolle der Kostenneutralitätsphase während der Einführung des TarMed. Es besteht ab sofort die Möglichkeit, Aktien zu zeichnen. Die Versammlung folgte in einer Konsultativabstimmung ohne Gegenstimmen bei einer Enthaltung den Anträgen des Vorstands für eine Beteiligung am Aktienkapital.

Pressekonferenz

Im Nachgang zur Generalversammlung wurde anlässlich einer Pressekonferenz auf die Probleme der Abschaffung des Kontrahierungszwangs hingewiesen, speziell auf die Gefahr der Benachteiligung älterer und chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Präsident Dr. L. Wagner betonte, dass die Ärzteschaft sich den Vorstellungen der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit SGK des Nationalrates anschliessen kann und bereit ist, über «zusätzliche Bedingungen» – nach unserer Vorstellung Qualitätskriterien – zu diskutieren, welche nötig sein sollen, um zur Verrechnung über die obligatorische Grundversicherung zugelassen zu werden. Die Ärzte wollen dabei eigene Statistiken miteinbeziehen, welche im eben in Gründung begriffenen TrustCenter syndata AG erstellt werden sollen. Das «Ärzt rating» der Helsana dient in unseren Augen hauptsächlich der Kasse als Selektionsinstrument und nicht zur Qualitätsverbesserung in Arztpraxen (BaZ und BZ vom 23.11.02).

Zulassungsstopp

Durch eine regierungsrätliche Verordnung wird der Zulassungsstopp im Kanton Baselstadt in Absprache mit mehreren Kantonen der Nordwestschweiz konsequent umgesetzt. Noch vor dessen Gültigkeit hatten viele Kolleginnen und Kollegen ein Praxisgesuch eingereicht. Insgesamt wird sich damit im nächsten Jahr entgegen der Absicht des Bundesrates vermutlich ein gewisser Kostenschub einstellen. Bezogen auf die Gültigkeitsdauer von drei Jahren hat die überraschende Verordnung aus Bern jedoch praktisch einen «Nulleffekt». Denn die Zahl der Neuzulassungen in diesem Jahr entspricht etwa der Zahl, die sich in dieser Zeit ohnehin ergeben hätte.

www.aerzte-bl.ch

Die Website unserer Gesellschaft wurde in letzter Zeit «durchkämmt» und wird weiteren Anpassungen unterworfen. Es ist beabsichtigt, in Zukunft vermehrt und aktuell zu informieren. Das Passwort für die interne Seite kann im Sekretariat kostenlos bezogen werden unter fschwab@hin.ch. Die öffentliche Seite ist frei zugänglich.

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2
4415 Lausen, frohner@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

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

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.



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