



Synapse

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

Leitartikel

Chancen erkennen – Risiken beachten

Dr. Lukas Wagner
Präsident der Ärztegesellschaft Baselland

Nachdem wir mit TarMed ein von der Ärzteschaft in einem demokratischen Prozess grossmehrheitlich akzeptiertes Tarifsysteem angenommen haben und dieses auch von den Spitälern, Unfall- und Krankenversicherern akzeptiert ist, sollten wir neuen Ufern zustreben. Es ist nicht so, dass wir als Ärzte chancenlos dem Strudel der Politik ausgeliefert sind. Es gilt allerdings, die Chancen zu erkennen und auch zu ergreifen. Die Risiken müssen berücksichtigt werden.

Chance Nummer 1 – TarMed selbst

TarMed ist im Kern und in den Details von uns Ärzten aufgebaut und erarbeitet worden. Er wird in Zukunft nach vertraglich strukturierten Vorgaben regelmässig ausgebaut werden können. Die verbesserte Transparenz wird zu einer verbesserten Vergleichbarkeit zwischen den Leistungserbringern führen. Es wird uns leichter fallen, das Märchen von den «abzockenden Döcktern» endlich als solches zu entlarven. Die Risiken sind bekannt und ausdiskutiert. Es gilt sie bei der Umsetzung zu beachten.

→ Fortsetzung Seite 3

aus dem Inhalt

- MNZ! o61 261 15 15 – Die günstige Dienstleistung für alle! 3
- Vernetzung, ein Lösungsweg aus der Strukturmisere des Gesundheitswesens 4
- Zusammenarbeit zwischen Medges und VBAO – eine Fiktion? 8
- Interview mit Frau Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser, der neuen Studiendekanin der Medizinischen Fakultät Basel 10
- Bericht von der Generalversammlung der GAMBA 12
- Ethische Fragen am Ende des Lebens 13
- Aus dem Vorstand BS 14
- Aus dem Vorstand BL 15

Editorial

Wieso gehört die Synapse ins Wartezimmer?

In der Synapse stellen wir für uns Ärzte Informationen zusammen, notieren Ereignisse und Beschlüsse. Schon seit langem findet die eine oder andere Synapse ihren Weg auf die Schreibtische von Politikern, Journalisten, Krankenkassenmanagern oder Spitaldirektoren. Wieso dürfen und sollen denn Praxisassistentinnen, Patientinnen und Patienten nicht die Synapse lesen? Sind wir Ärzte denn so konservativ und zurückhaltend, dass wir so häufig glauben, uns rechtfertigen zu müssen? Das Argument,

die Synapse sei doch hauptsächlich für Ärzte geschrieben worden, ist zwar richtig, doch soll diese Zeitschrift deshalb exklusiv bleiben? Würde es uns nicht bereichern, wenn wir unsere Informationen mit anderen Berufsgattungen austauschen könnten? Ich denke, es wäre zeitgemässer, die Türen zu öffnen und Diskussionen und Anregungen auf uns zukommen zu lassen.

Vielleicht gibt es einen Zusammenhang zwischen unserem Verhalten und dem sich Unverstandenfühlen von der übrigen Gesellschaft. Anstatt die Synapse im geschlossenen Untersuchungszimmer oder spät abends zu Hause zu lesen,

wäre es wünschenswert und lehrreich, wenn Aussenstehende mitläsen und mitdächten und sich zu den uns selbstverständlich erscheinenden Gegebenheiten äussern könnten. Verbauen wir uns sonst nicht die Möglichkeiten der modernen Kommunikation?

Also: Ins Wartezimmer mit der nächsten Synapse – und schauen, beobachten, Reaktionen spüren. Nur so fördern wir die gewünschte «offene und kritische Leserschaft», auch ausserhalb unserer eigenen Reihen!

Dr. med. A. Prünfte, Oberwil

Chance Nummer 2 – Ärzteeigenes TrustCenter

TarMed kann uns dank Elektronik zu eigenen Statistiken verhelfen. Die Ärztesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Baselstadt werden zu diesem Zweck die Gründung einer von Ärzten beider Gesellschaften und allenfalls weiteren mit uns verbundenen Partnern getragenen Aktiengesellschaft initiieren. Weitere solche Aktiengesellschaften sind schon existent, z.B. im Kanton Bern, St. Gallen, Thurgau und Aargau. Die Risiken eines ärztlichen TrustCenters sind kalkulierbar.

Chance Nummer 3 – Unsere Vernetzung

Es brauchte nicht erst die «Erfindung» von Netzwerken, um die Zusammenarbeit der Ärzte untereinander einzuführen. Heute werden an solche interkollegiale Verbindungen mehr und mehr professionelle Ansprüche gestellt, was deren Organisation betrifft. Die Kostenentwicklung verlangt dabei einen effizienten und sparsamen Ressourceneinsatz. Beim Aufbau von Netzwerkstrukturen ist die Berücksichtigung von betriebswirtschaftlichen Grundsätzen ein Muss – und zwar bis in die einzelne Praxis. Das dient nicht nur der eigenen wirtschaftlichen Sicherheit, sondern auch einem effizienten Ablauf im ganzen System. Das grösste Risiko scheinen mir die «Gelüste» der Versicherer, in diesen interkollegia-

len Systemen die Steuerung übernehmen zu wollen.

Chance Nummer 4 – Die Freiwilligkeit der Arzt-Patientenbeziehung

Niemand folgt einem ärztlichen Rat, wenn er ihm nicht glaubt. Jeder Patient soll deshalb die Freiheit haben, sich den Arzt seines Vertrauens auszusuchen und zu wechseln. Soweit die bisherigen Erfahrungen mit Hausarztmodellen zeigen, sind ein Grossteil der Patienten bereit, sich freiwillig an einen Arzt zu binden. Nur aus dieser «Zelle des Vertrauens» heraus lassen sich individuell richtige und damit kosteneffiziente Entscheide fällen. Die Risiken, der Patient könnte dem Umsatzdenken des Arztes zum Opfer fallen oder mangelnden Fähigkeiten und falschen Entscheiden ausgeliefert sein, werden überbewertet. Selbstverständlich werden hohe Anforderungen an die Integrität eines Arztes gestellt. Ist das in anderen vergleichbaren Berufen anders?

Chance Nummer 5 –

Die Stärke unserer Standesorganisation

Die Strukturreform der FMH der letzten Jahre machte uns insgesamt stärker und gab gleichzeitig den Kantonalen Gesellschaften eine wichtige Position. Denn Gesundheitspolitik ist mehr und mehr eine regionale und gesamtschweizerische Angelegenheit, die sich nicht nur an den Kantons-

grenzen orientiert. Die Bildung von Ärztereinen und Netzwerken hat nicht die befürchtete Zersplitterung gebracht. Sie hat im Gegenteil insgesamt unsere politische Kompetenz und Präsenz erhöht und einen Know-how-Zuwachs zur Folge gehabt. Diesen gilt es in Zukunft nutzbar zu machen. Das Risiko, dass gewisse Gruppierungen innerhalb der FMH «zu kurz» kommen, ist virulent, kann aber in grundsätzlich demokratischen Organisationen wie den Kantonalen Gesellschaften und der FMH als vertretbar angesehen werden.

Chance Nummer 6 – Ärztliche Firmen

Ärztliche Firmen geben den Teilnehmern eine gewisse Unabhängigkeit und setzen die andern Marktteilnehmer einer ernst zu nehmenden Konkurrenz aus. Das wirkt sich letztlich günstig auf die Preise für alle aus. Zu nennen sind hier in erster Linie die FMH-Services, die Ärztekasse und die Apotheke zur Rose AG. Bekanntlich ist auch der VSAO in eigener Sache aktiv und hat insbesondere attraktive Versicherungen im Angebot. Die Vielfalt des Marktes erlaubt auch «Nischenplayern» ein Dasein. Letztlich sind solche Initiativen, vorausgesetzt sie stehen grundsätzlich allen Ärzten zur Verfügung, äusserst unterstützungswürdig. Die wirtschaftlichen Risiken müssen die Initianten selber tragen.

Dienstleistungen

MNZ! 061 261 15 15 –

Die günstige Dienstleistung für alle!

Im Vergleich zu den Call-Centern bietet die Medizinische Notrufzentrale eine sehr kostengünstige Dienstleistung an. Der Kunde bezahlt die normalen Telefongebühren und bei einer Konferenzschaltung zu einem Arzt

kostet dies dem Kunden gar nichts zusätzlich! Auch stellt die Medizinische Notrufzentrale bei medizinischen Beratungen keine Rechnung an den Kunden.

Trotz vermehrten Anbietern von Call-Centern nimmt die Anzahl Telefonkontakte in der Medizinischen Notrufzentrale stetig zu. So konnten wir im letzten Jahr 75 112 Telefonkontakte registrieren.

Wir möchten uns bei allen Partnern für ihre wertvolle Unterstützung und die gute Zu-

sammenarbeit bedanken. Gleichzeitig bitten wir alle Ärzte, ihre Telefonbeantworter-Ansagen in den Praxen zu überprüfen, da teilweise statt Medizinische Notrufzentrale noch immer der alte Name (Telefonische Notrufzentrale oder Medizinische Notfallzentrale) genannt wird.

Vielen Dank

Josefine Schenk, Leiterin MNZ

*1 Nummer
für alle Fälle!*

MNZ! 061 261 15 15

MEDIZINISCHE NOTRUFZENTRALE

FÜR BASEL-STADT, BASELLAND, DORNECK-THERSTEIN UND DAS UNTERE FRICKTAL

MNZ! Medizinische Notrufzentrale, Picassoplatz 4, CH-4052 Basel, Sekretariat: 061-278 93 67, info@mnzbasel.ch, www.mnzbasel.ch

Vernetzung, ein Lösungsweg aus der Strukturmisere des Gesundheitswesens

Leo Buchs,
MHC-Consulting BUCHS & Partner, Baar,
e-mail: office@mhc-consulting.ch

Kostenexplosion oder Kostenspirale?

Die anhaltende, unaufhaltsame Kostensteigerung im Gesundheitswesen gilt als eines der zentralen gesundheitspolitischen Themen. In Publikumsbefragungen steht die als Kostenexplosion bezeichnete, überproportionale Kostenentwicklung an oberster Stelle der Problemskala. Die Schweiz verhält sich diesbezüglich ähnlich wie andere Industrieländer. Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind mittlerweile auf über 10% des Bruttoinlandproduktes gestiegen.

Für die Ökonomen liegt die Hauptursache dieser Kostenentwicklung in den suboptimalen Marktverhältnissen: Der Patient, welcher als «Kunde» eine Gesundheitsleistung «einkauft», und der Arzt, das Spital und andere Leistungsanbieter, welche in Form von therapeutischen Handlungen die Leistungen am Patienten erbringen, in bezug auf die finanzielle Abgeltung, stehen in keinem direkten Verhältnis, weil die Krankenversicherer als Zahlstellen dazwischengeschaltet sind. Mit Ausnahme der Jahresfranchise und des Selbstbehalts muss der die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmende Patient für die von ihm «eingekauften» Leistungen nicht selber aufkommen. Diese spezielle Marktstruktur bietet wenig Anreiz, die im «Gesundheitswarenhaus» erhältlichen Leistungen kostenbewusst zu konsumieren. Sie sind im Gegenteil sogar so gesetzt, dass es für den Therapeuten als Leistungserbringer und den Patienten als Leistungsbezüger ökonomisch vorteilhaft erscheint, das Leistungsvolumen auszudehnen und damit die Kostenspirale ständig rascher drehen zu lassen. Mit anderen Worten: Für den Patienten, der die Einschätzung des Wertes der von ihm beanspruchten medizinischen Leistung mangels medizinischem Fachwissen nicht selber vornehmen kann, son-

dern dem Arzt überlassen muss, ist nur das Beste gut genug.

Aus dieser Situation heraus sehen sich die Krankenversicherer einem zunehmenden ökonomischen Druck ausgesetzt, der dazu führt, dass die ständig wachsenden Versicherungsleistungen nicht mehr auf die Versicherungsbeiträge abgewälzt werden können. Als Konsequenz dieser sich immer weiter öffnenden Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben sehen sie sich veranlasst, die Ausgaben zu reduzieren. Die Krise des Gesundheitswesens ist demnach zur Hauptsache als Finanzierungsfrage der Krankenversicherer zu verstehen. Von gesundheitspolitischer Seite wird deshalb versucht, dem Finanzierungsproblem hauptsächlich durch Kostensenkungsmassnahmen bei den Krankenversicherungen zu begegnen, indem unter anderem das Leistungsangebot und das Einkommen der Leistungserbringer reduziert wird.

Fazit: Für die nächste Zukunft darf kaum eine grundlegende Änderung dieser Situation erwartet werden. Wegen der weiterhin zu erwartenden überproportionalen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen als Folge der kontraproduktiv wirkenden Anreizstruktur, aber auch des therapeutischen und medizinisch-technischen Fortschrittes und der steigenden Lifestyle-Ansprüche dürfte sich der Kostendruck auf die Krankenversicherer weiter erhöhen.

Reformbedarf

Weil das KVG die Hürde der parlamentarischen Zustimmung des Gesetzgebers nur als verwässerte Kompromisslösung überspringen konnte, war zum vornherein klar, dass damit kein Instrument geschaffen wurde, um der Kostensteigerung im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. Dies gilt insbesondere auch für die Versicherten, die trotz höherer Kostenbeteiligung wegen falsch gesetzten Anreizen nicht bereit sind, ihr Gesundheitsverhalten kostensparend

auszurichten. Obwohl mittlerweile alle die Notwendigkeit grundlegender Systemänderungen einsehen, wehren sich alle jene vehement dagegen, die zum Wohl der Allgemeinheit auf ihre bisherigen Pfründen verzichten müssten. Sehr zustatten kommt diesen Kreisen die Fragmentierung der Gesundheitsorganisation, welche eine Bündelung der finanziellen Verantwortung über die gesamte Behandlungskette erschwert. Versicherungstechnische Massnahmen allein genügen aber solange wenig bis gar nichts, als sie die Lebensweise und das Mitverantwortungsbewusstsein der Versicherten nicht grundlegend zu verändern vermögen.

Die heute im Vordergrund stehende Vergütungsform für medizinische und therapeutische Leistungen, nämlich die Einzelleistungsvergütung, stellt ein ausschliesslich monetäres Anreizsystem dar. Dieses System nimmt die Notwendigkeit der ganzheitlichen Betrachtungsweise über die ganze Behandlungskette nicht wahr, sondern fokussiert die einzelne ärztliche Tätigkeit. Auch die in Managed Care-Strukturen eingesetzte Kopf- oder Fallpauschale ist als rein monetäres Anreizsystem auf einseitige Betrachtung ausgelegt. Immerhin wird in den Managed Care-Modellen versucht, das Kostenproblem dadurch in den Griff zu bekommen, dass diese die Verantwortung weitgehend auf die Ärzte verlagert. Wesentlicher Kritikpunkt an diesen Modellen ist die Fokussierung auf einzelne ärztliche Tätigkeiten. Derartige Steuerungselemente schliessen die Möglichkeiten gemeinsam von allen Beteiligten getragener Verantwortung aus.

Anstelle von Versicherungsmodellen, welche ausschliesslich auf monetäre Anreize ausgerichtet sind, befürworten wir Versicherungslösungen, welche besser auf die Bedürfnisse und Interessen der Versicherten ausgerichtet sind und die Versicherten, die Leistungserbringer und die Versicherer in

eine gemeinsame finanzielle Mitverantwortung einbinden. Dieser Ansatz der Vernetzung aller beteiligten Akteure erlaubt eher als der grosse innovative Wurf eines einzelnen Akteurs die Bewältigung der überaus komplexen Kernprobleme im Gesundheitswesen. Vernetzung in dieser Form funktioniert aber nicht automatisch, sondern ist aufwendig.

Vor diesem Hintergrund verändert sich sowohl die bisherige Definition der Leistungserbringung und der Kostenverantwortung. Ausgangspunkt dieser Betrachtungsweise ist die Überzeugung, dass die Fähigkeit gegenseitiger Wahrnehmung der Akteure als wesentliche Voraussetzung erfüllt sein muss.

Integrated HealthCare als neuen Modellansatz

Die bisher entwickelten Vergütungsmodelle, welche nur ansatzweise Managed Care-Elemente enthalten, können, wenn überhaupt, nur vorübergehend die Kosteneskalation eindämmen. Die Struktur unseres integrierten Versorgungsmodells enthält hingegen Elemente, die auf längere Dauer einen bedarfsgerechten Zugang zur medizinischen Versorgung gewährleisten, alle Beteiligten in eine gemeinsame Verantwortung einbinden und Gewähr bieten für eine

effektive und effiziente medizinische Versorgung

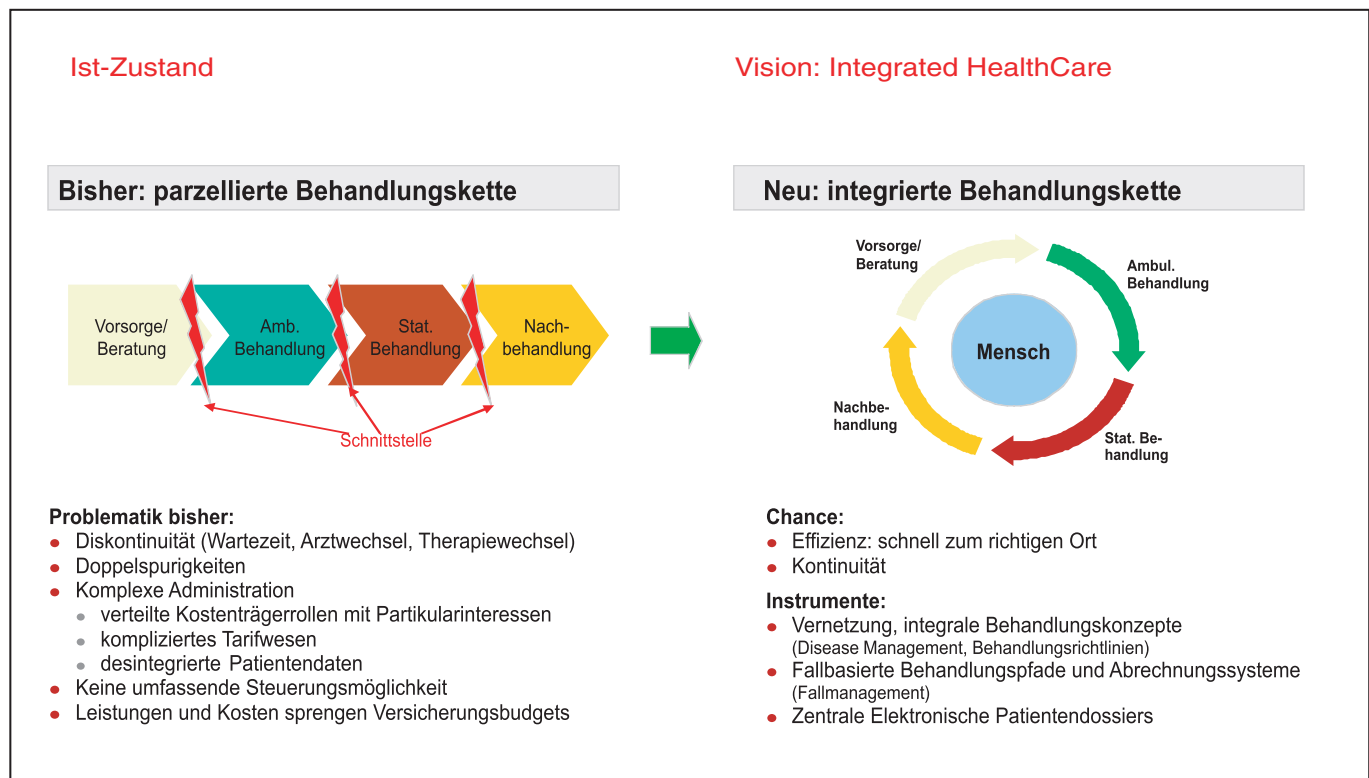
In diesen neuen Strukturen werden alle Leistungserbringer innerhalb der ganzen Behandlungskette in regionale Versorgungsnetze zusammengefasst. Diese handeln im Rahmen von Leistungsaufträgen, die mit den Krankenversicherern und weiteren Kostenträgern vereinbart sind. Die Patienten als Leistungsbezüger wählen ihre Krankenversicherung, ihren Versicherungsplan und ihr Versorgungsnetz freiwillig aus. Als «Generalunternehmer» koordinieren die Versorgungsnetze die einzelnen Leistungserbringer und legen mit diesen effektive Behandlungsabläufe fest. Die einzelnen Versorgungsnetze unterscheiden sich im Leistungsangebot untereinander durch verschiedene Angebotsrichtungen. Eine geographische Region umfasst mehrere Netze, dies bietet den Versicherten eine Auswahlmöglichkeit und fördert den Wettbewerb. In den Netzen übernehmen die Patienten als selbstverantwortliche Konsumenten eine mitgestaltende Rolle zum Beispiel als Mitglieder eines Netzrates. Die Krankenversicherer werden verpflichtet, mit mehreren Versorgungsnetzen Verträge abzuschliessen. Das Wettbewerbsprinzip fordert, dass ein Netz nicht durch einen

einzelnen Krankenversicherer kontrolliert werden darf.

Es ist nicht möglich, in diesem Beitrag alle Aspekte der Umsetzung dieses integrierten Modell zu diskutieren. Es soll zumindest festgehalten werden, dass die Überführung in ein solches System nicht über Nacht geschehen kann. Vielmehr erfordert dies einen Entwicklungsprozess, in dessen Verlauf die Netzstruktur die Fähigkeit im Management der Behandlungskosten und -qualität schrittweise aufbaut.

Literaturverzeichnis:

- Studer H.P., Gesundheit in der Krise, Fakten und Visionen, AAMI (1995)
- Arbeitsgruppe «Medizin fürs Gesundheitswesen», Ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen, X-und, Postfach 16, 3010 Bern
- Buchs L., Gesundheitspolitik Schweiz, Kaum sektorübergreifende Vernetzungen, AS-Aktuell (11/1999)
- Buchs L., Managed Care, in Kocher G. et al. [Hrsg.], Gesundheitswesen Schweiz 2001/02, Verlag KSK, 2001.



Zusammenarbeit zwischen Medges und VBAO – eine Fiktion?

Dr. E. Odenheimer, Präsident VBAO

Zwischen der Medizinischen Gesellschaft Basel (Medges), der Ärztesgesellschaft Baselland (AeGBL) und dem Verband Basler Assistenz- und Oberärzte/-innen (VBAO) gibt es eine Reihe von denkbaren gemeinsamen Interessen, die Möglichkeiten einer zukünftigen Zusammenarbeit eröffnen. Deren Perspektiven sollen im nachstehenden Artikel umrissen werden.

Auf dem Papier verstehen sich sowohl die Medges wie auch die AeGBL als Berufsverband aller Ärztinnen und Ärzte im Kanton Basel-Stadt resp. -Land. In den Statuten ist denn auch zu lesen, dass deren Mitgliederkreis **alle Ärztesgruppen**, d.h. Spital- und Institutsärzte aller Stufen, Universitätsdozenten, selbständig praktizierende Ärzte, im Angestelltenverhältnis tätige Ärzte etc. umfasst. Demgegenüber beschränkt sich der Aktivitätsbereich des VBAO statutarisch auf die **angestellten** (Spital-)Ärzte, dafür in den beiden Basler Halbkantonen. Der VBAO ist die Basler Sektion des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO).

In Realität liegt das Schwergewicht von Medges und AeGBL jedoch eindeutig auf der Gruppe der selbständig praktizierenden Ärzte, die Vertretung der Interessen der Spitalärzte war bisher in Medges und AeGBL von untergeordneter Bedeutung, wenn überhaupt vorhanden. Dieser Umstand sorgt seit jeher für gewisse Spannungen unter den beiden Ärzteskollektiven, insbesondere auch in der Gruppe der festangestellten Spitalärzte. Neueste Entwicklungen lassen hier jedoch eine Verbesserung – zumindest für die Leitenden Ärzte – erwarten.

Bei einer – wie auch immer gearteten – Zusammenarbeit der drei Verbände wäre die Gruppe der Spitalärzte, welche, wie ausgeführt statutarisch auch zum Mitgliederkreis der Medges resp. AeGBL gehören kann, ebenfalls namhaft vertreten und es be-

stände der Vorteil einer echten, **umfassenden Vertretung des gesamten Ärztestandes** von Basel-Stadt und -Land. Dieses gemeinsame Auftreten könnte eine positive Wirkung in der Öffentlichkeit haben und wäre mit mehr Einflussnahme im politischen Bereich und in anderen Belangen verbunden. Folgende gemeinsame Tätigkeitsbereiche liegen vor uns:

a. Gesundheits- und Berufspolitik

Alle drei Verbände haben ein optimal funktionierendes und qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen zum Ziel und nehmen deshalb die gesundheits- und berufspolitischen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Partnern im Gesundheitswesen wahr. Hierunter fallen Themen wie regionale Spitalplanung, Spitalfinanzierung, Aufhebung des Kontrahierungszwangs, Niederlassungsbeschränkungen, Personenfreizügigkeit im Rahmen der bilateralen Abkommen sowie Arbeitszeiten, Arbeitsinhalte und Arbeitsoptimierung in den Institutionen.

b. Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätsförderung

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung und zur Erfüllung der FMH-Richtlinien unterstützen alle Verbände eine strukturierte und praxisbezogene Weiter- und Fortbildung. In diese Kategorie fällt vermutlich auch der Wunsch vieler Ärzte vor und nach der Praxisniederlassung nach uneigennütziger Betreuung, Begleitung und Hilfestellung durch einen erfahrenen Kollegen, um die zahlreichen Schwierigkeiten zu Beginn der Selbständigkeit etwas besser zu meistern. Ein diesbezügliches Coaching wäre sicherlich hochwillkommen.

c. Lehre und Forschung

Sowohl Niedergelassene als auch Assistenz- und Oberärzte leisten einen bedeutenden Beitrag an die Ausbildung der Medizinstudenten in der Region. Gemeinsame Forschungsprojekte, beispielsweise zur Ärztedemographie, wären von hohem Interesse für die längerfristige Entwicklung und Planung des Medizinalstandortes Basel.

d. Standesordnung und Ethik

Wer unter Ärzten arbeitet weiss, dass der Förderung von Kollegialität und Solidarität unter den Mitgliedern besondere Bedeutung zukommt. Dies ist nicht nur bei der Vermittlung von Kenntnissen und der Beachtung der ethischen Richtlinien wichtig, sondern auch bei allen Angelegenheiten, die in Zusammenhang mit Hilfestellungen und Ordnungsaufgaben zur Wahrung der Standesordnung stehen. Der VBAO ist an einem positiven Arztbild interessiert; Fehlentwicklungen sind aufzuzeigen.

e. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Ein zentrales Anliegen ist die Präsenz der Verbände in der Öffentlichkeit. Statt immerfort zu reagieren soll durch initiative Mitgestaltung der öffentlichen Meinung in für die Ärzteschaft und das Gesundheitswesen zentralen Fragen ein günstiges Umfeld geschaffen werden. Das Ziel soll sowohl – nach innen gerichtet – in der Information der Mitglieder über aktuelle verbands- und gesundheitspolitische Ereignisse und Entwicklungen liegen als auch – nach aussen gerichtet – im Aufzeigen eines positiven, differenzierten und realistischen Arztbildes in der Öffentlichkeit sein. Ein gemeinsamer oder vernetzter Internetauftritt würde einen ersten Schritt in diese Richtung darstellen.

Dies sind nur einige Gedanken, und die Aufzählung erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Auf den Bereich der gemeinsamen Infrastruktur wie beispielsweise Sekretariat oder Rechtsauskunft sind wir nicht näher eingegangen, doch gäbe es hier sicherlich auch einige Synergieeffekte zu nutzen. Die Mitglieder des VBAO haben über den VSAO Zugang zu einem attraktiven und konkurrenzfähigen Dienstleistungsangebot im Versicherungs- und Vorsorgebereich (Mediservice), von dem Medges- und AeGBL-Mitglieder bei Bedarf ebenfalls profitieren könnten.

Die Zukunft wird zeigen, was sich umsetzen lässt und was Fiktion bleiben wird.

Interview mit Frau Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser, der neuen Studiendekanin der Medizinischen Fakultät Basel



Nach einem Wahlverfahren in der Fakultät hat Frau Prof. Dr. Hedwig J. Kaiser in der Nachfolge von Prof. Dr. Paul Imbach ihr neues Amt als Studiendekanin angetreten. Nach den ersten hundert Tagen in dieser Tätigkeit hat sie Frau Dr. A. Prünke (AP) ein Interview gegeben.

Frau Dr. A. Prünke: Welches sind denn die Aufgaben, welche ein(e) Studiendekan(in) wahrzunehmen hat?

Frau Prof. Kaiser: Die Aufgaben gliedern sich in einzelne Bereiche. Einerseits bin ich Vize-dekanin und damit habe ich Aufgaben im Bereich des allgemeinen Dekanats mitzutragen. Dann gibt es die speziellen Aufgaben des Studiendekanats, wo wir ein Team von 12 Mitarbeitern sind, die sich in Hochschuldidaktik, Jahreskursleiter, Prüfungsexperte, Leitung unseres Lehrzentrums, Fachbearbeiter(innen) der einzelnen Jahreskurse und Prüfungen sowie EDV-Mitarbeiter aufgliedern.

Wie weit ist die Studienreform der Universität Basel gediehen?

Die Studienreform ist fünf Jahre alt, wobei mein Vorgänger, Herr Prof. Imbach, hervorragende Arbeit geleistet hat. Es geht jetzt darum, das Erarbeitete zu konsolidieren, den roten Faden vom ersten zum sechsten Jahreskurs durchzuziehen. Wichtig ist, dass das Umfeld versteht, dass die Reform nicht ein einmaliger, sondern ein **ständiger** Prozess ist, der weitere **Verbesserungen** und neue Möglichkeiten der Vernetzung mit sich bringt. Neue Lehrformen kann man natürlich nur integrieren, wenn alle Beteiligten informiert sind und mitziehen. Wir merken deutlich, dass viele Dozenten in einem anderen System gross geworden sind und immer noch ein Übergewicht an Vorlesungen fordern. Die neuen Lehrformen hingegen bringen «engere Konfrontation» mit den Studenten, und diese Nähe macht gelegentlich Angst, weil man so auch vermehrter Kritik ausgesetzt ist. Wir müssen akzeptieren, dass wir unsere zukünftigen Kollegen eigentlich im gemeinsamen Gespräch ausbilden. Diese neuen Lehrformen sind dozentenintensiver, weil sie oft in kleinen Gruppen stattfinden. Dies kann in manchen Instituten zu einem Problem der Ressourcen werden.

Welches sind dabei Deine persönlichen Anliegen, die Du in der Zeit als Studiendekanin umsetzen möchtest?

Verständnis für die Reform zu schaffen, weil ich glaube, dass dies etwas ganz Wesentliches ist, damit die Reform akzeptiert wird. Wir müssen die derzeitige Reform als wirklichen Prozess verstehen, der nicht abgeschlossen ist, nur weil es eine Umstellung gab. Dieser Prozess beinhaltet natürlich Ziele auf verschiedenen Ebenen, einerseits curriculare Fragen, andererseits Lehrformate,

Prüfungsformate und ein Evaluationssystem. In Zukunft sollten wir nicht nur die Studenten evaluieren, sondern die Studenten auch uns Dozenten.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der **Transparenz**, wie wir einerseits Wissen, aber auch Fertigkeiten und Sozialkompetenz vermitteln. Es geht nicht nur darum, Wissen einmalig zu vermitteln, sondern auch um lebenslanges Lernen. Dieses ist allerdings sehr zeitintensiv.

Die Mitglieder der Fakultät sind in der Klinik enorm durch die Dienstleistung belastet. So besteht immer der Kampf zwischen Dienstleistung, Lehre und Forschung. Solange die akademische Graduierung auf Forschungsergebnissen basiert, wird die Forschung stets über die Lehrtätigkeit gestellt werden. Es sollte ein Umdenken stattfinden, dass die Lehre für eine akademische Laufbahn etwas ganz Wesentliches ist.

Gibt es einen Bereich, der gerade noch in Einführung ist?

Der zweite Jahreskurs wird im Wintersemester 2003 das erste Mal reformiert ablaufen. Das Curriculum ist in sogenannte Themenblöcke aufgeteilt, bei denen ein Thema von vielen Seiten und mehreren Spezialitäten beleuchtet wird. Es ist etwas Neues, dass wir eine horizontale und vertikale Verknüpfung haben. Wir sind darauf angewiesen, dass wir von den Studenten Feedbacks bekommen, damit wir das Curriculum weiter adaptieren können. Nach jedem Themenblock findet eine Evaluation statt, die dann im Hörsaal vor allen präsentiert wird. Ein Teil ist Statistik; im weiteren erhalten wir auch individuelle Bemerkungen, welche in einer Kontaktgruppe nachbesprochen werden. Viele Punkte haben wir bereits auf Anregung der Studenten geändert.

NRD-Prophylaxe?

Andreafol®



Folsäure

Z: Folsäure 0.4mg;
I: Vorbeugung von Neuralrohrdefekten;
P: 30 und 90 T

Eisenmangel?

Duofer®

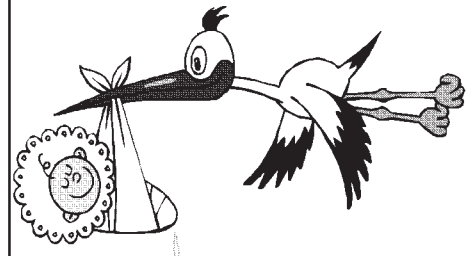


Eisen

Z: Eisenfumarat, Eisenglukonat, Vitamin C.
I: Eisenmangelanämie und latenter Eisenmangel;
P: 40 und 100 Filmtabletten.

Gravidität?

Duofer® Fol



Folsäure
+ Eisen

Z: Eisenfumarat, Eisenglukonat, Folsäure + Vitamin C
I: Eisen- und Folsäuremangel in der Schwangerschaft und Stillzeit; Vorbeugung von Neuralrohrdefekten
P: 40 und 100 Filmtabletten.

Alle 3 Präparate sind kassenzulässig Liste C, Andreaal AG, Rudolfstrasse 2, 4054 Basel. Weitere Informationen im Arzneimittelkompendium

Ist das Medizinstudium durch die Reform besser an der Praxis orientiert?

Ja, wir haben versucht, die Vorlesungen zu minimieren, und richten sogenannte Skill labs ein, wo die Studenten an einem Modell Fertigkeiten üben können, wie z.B. am Arm eine Injektion durchzuführen. So werden Fertigkeiten frühzeitig trainiert und nicht erst im Wahlstudienjahr erlernt.

Wie siehst Du die Universität Basel im Vergleich schweizweit oder gar europaweit?

Ich denke, im gesamtschweizerischen Vergleich sind wir gut im Rennen. Neben Bern haben wir nun auch in Basel die Studienreform beendet, was in der Schweiz sonst nur noch für Genf grösstenteils der Fall ist. Europaweit sind wir sicher bei den Ersten. Natürlich gibt es das Vorzeigemodell von Maastricht und den Reformstudiengang an der Charité in Berlin, die eine Vorreiterrolle inne hatten. Wien hat unser Modell mit

dem Themenblockaufbau fast eins zu eins übernommen und ich denke, damit hat Basel schon eine gewisse Vorbildfunktion.

Erachtest Du die Reform als für viele Jahre gültig oder kündigen sich bereits wieder Umbrüche und Novitäten an?

Wir haben die Neufassung des eidgenössischen Medizinalberufs-Gesetzes vorliegen, welches von einem Kern- und Mantelstudium ausgeht. Wir werden Kern- und Mantelstudium neu definieren müssen. Es wird künftig Bachelor- und Master-ähnliche Abschlüsse geben. In der Medizinischen Fakultät erscheinen die Möglichkeiten neuer integrativer Studiengänge faszinierend, indem z. B. als Grundlage Medizin vermittelt und dann Jura weiter studiert wird. Ich glaube, da sind viele Möglichkeiten offen.

Wie lange ist man als Studiendekan(in) im Amt?

Die Amtszeit der Vizedekanin beträgt zwei Jahre, wobei Wiederwahl möglich ist. Gerade bei der Reformierung des Studiendekanats ist es wünschenswert, eine Kontinuität zu erhalten.

Bist Du die erste Frau in diesem Amt?

Ja, ich bin die erste Studiendekanin. Frau Prof. A. Kress war bereits einmal Dekanin der Medizinischen Fakultät.

Wenn Du auf das letzte Quartal zurückblickst, hat sich Deine klinische Tätigkeit durch das Studiendekanat verändert?

Ja eindeutig, ich bin 50% in der Klinik und 50% im Studiendekanat tätig. Kurrikulare Fragen sind eine sehr kreative Tätigkeit, die Einarbeitungszeit war intensiv und befriedigend zugleich.

Ich danke Dir für dieses interessante Gespräch.

Bericht von der Generalversammlung der GAMBA

Alle Geschäfte des Vorstandes wurden seinem Vorschlag entsprechend verabschiedet. Speziell interessant waren die **Neuigkeiten** aus unserem Arbeitsumfeld:

1. Beim **Fertigkeitsausweis Praxislabor** ist umstritten, ob er für Bisherige nötig ist. Dennoch wird vom KHM und der SGAM seine Beschaffung empfohlen, auch für Kollegen, die schon bisher ein Praxislabor führten. (Siehe www.sgam.ch, www.sjim.ch, www.kollegium.ch – Ausweise). Das Antragsformular kann auf den oben genannten Websites abgerufen werden. Es kann aber auch bei Pierre Périat, Tel. 061 601 17 18, verlangt werden. Bis zum Stichtag 31.12.2002 muss dieses Formular an das KHM-Sekretariat geschickt sein. Kosten Fr. 100.- (Astrid Lyrer).
2. **Fertigkeitsausweis für dosisintensives Röntgen**. Auch die Bedingungen zur Erlangung dieses Fertigkeitsausweises sind unter den obigen Internetadressen abrufbar (Andi Früh).
3. **Preisanschreibepflicht für SD-Ärzte** ist empfohlen, aber nicht unbedingt erforder-

lich. Es reicht, ein Exemplar der Spezialitätenliste an für Patienten gut zugänglicher Stelle aufgehängt zu haben (Urs Buess).

4. Ruedi Wyss stellt den **MPA-Lehrmeisterkurs** vor. Interessenten können Näheres bei ihm erfahren.
5. Christoph Itin berichtet über die Auswertung der **Fortbildungsprotokolle** der letzten 3 Jahre. Der Rücklauf liegt bei 50%. Besonders interessant ist, dass die Protokolle im Durchschnitt 150 Stunden FB (statt der verlangten 80 Std.) ausweisen. Dies ist Ausdruck des Willens unserer Mitglieder zur Fortbildung aus Bedürfnis nach Qualität ihrer Arbeit (und nicht Folge eines Paragraphen des KVG). Unser FB-Protokoll enthält als Unikum in der Schweiz auch eine Evaluation der FB-Veranstaltungen. Interessierte Veranstalter können ihre Evaluation bei Christoph Itin erfragen.
6. **Facharztprüfung Allgemeine Medizin (FAP)**. Edy Riesen sucht noch weitere Interessenten für die Übernahme des 2. Teils der Facharztprüfung.

7. Ruedi Isler von der **FIHAM**, beschränkt sich bei seinem Referat auf die Vorstellung des Einzeltutoriums. Das Projekt liegt weitestgehend in den Händen der FIHAM. Aus Sicht der Studenten, aber auch der Einzeltutoren kommen weiterhin sehr gute Rückmeldungen. Wir können auf unsere FIHAM, aber auch auf die am Projekt involvierten Hausärzte sehr stolz sein.
8. Karl Baier gibt ein detailliertes, aber klares und gut verständliches Resümee der diesjährigen **Bürgerstock-Tagung der SGAM**.

Die diesjährige GAMBA-GV eröffnete die Möglichkeit, von kompetenten Kollegen zu hören, was bei den Hausärzten unserer Region so läuft. Bei allen Themen konnte mit unseren Fachleuten diskutiert werden. Es war ein gelungener Anlass.

Pierre Périat

Voranzeige

MedIndoors 02

Das partnerschaftliche Doppel-Tennisturnier der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel.



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Am **Samstag, 9. November 2002 treffen wir uns ab 14.00 Uhr** zum 11. Mal zu den MedIndoors im Tenniscenter Paradies in Allschwil.

Das Turnier steht in diesem Jahr unter dem Motto «Bewegung und Ernährung – Präventionsmassnahmen selbst

erlebt». Gleichzeitig soll die Veranstaltung die Möglichkeit bieten, sich auf und um den Tenniscourt näher kennenzulernen.

Bitte reservieren Sie sich diesen etwas anders gearteten Fortbildungstermin.

Für das OK

Dr. med. Rudolf Ott, AeGBL

Dr. med. Urs Marti, MedGes BS

Ethische Fragen am Ende des Lebens

Dipl.-Psych. S. Bartels,
Prof. Dr. med. S. Reiter-Theil, Institut für
Angewandte Ethik und Medizinethik,
Medizinische Fakultät der Universität
Basel, www.unibas.ch/aeme

In einer Bevölkerung mit steigendem Durchschnittsalter, erhöhter Prävalenz chronischer Erkrankungen und wachsenden medizinisch-technischen Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, entstehen zunehmend Fragen der Angemessenheit sowohl in bezug auf Aspekte des Selbstbestimmungsrechts als auch der Allokation knapper Ressourcen. Von dem Zeitpunkt der Diagnosestellung einer tödlichen Erkrankung bis zum Tod des Patienten sind die betreuenden Personen und insbesondere Ärzte mit einer Vielzahl ethischer Fragen konfrontiert. Diese können sich zu verschiedenen Zeitpunkten des Prozesses entfalten: «Wie soll die schlechte Botschaft überbracht werden», «hat der Patient ein Recht auf Nichtwissen», «wie weit soll eine Therapie fortgeführt werden», «wie ist ein Sterben in Würde realisierbar», «was geschieht noch im Interesse des Patienten».

Das Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik (gegründet 2001) der Universität Basel hat neben dem primären Auftrag, den Diskurs der angewandten Ethik gesamtuniversitär und fächerübergreifend zu stimulieren, mit der Integration in die Medizinische Fakultät einen zusätzlichen Schwerpunkt: Aufbau und Fortentwicklung der Medizinethik in Forschung, Lehre und Beratung. In eigenen Forschungsarbeiten zur Ethik in der Intensivmedizin (in Deutschland) zu dem Thema **Entscheidungen am Lebensende** wurde deutlich, dass den Betreuenden häufig wenig über die Wünsche, Werte und Vorstellungen des Patienten bekannt wurde, so dass Entscheidungen über den Einsatz lebensverlängernder Massnahmen ohne Einbezug des Patientenwillens getroffen werden müssen. Möglicherweise kann eine verbesserte Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten und der

Klinik sowie eine deutlich früher im Krankheitsprozess begonnene vorausschauende Planung mit dem Patienten, jedenfalls bei einem Teil der Patienten, hier Abhilfe schaffen. Insbesondere Hausärzte haben eine wichtige Funktion bei der Weichenstellung zu einem früheren Zeitpunkt der Krankengeschichte. Eine vorausschauende Planung mit dem Patienten könnte auch den Ohnmachtgefühlen der Ärzte, welche sich in dem Satz «ich kann nichts mehr für sie tun» ausdrückt, entgegenwirken. So könnte nicht nur geplant werden, was in der weiteren Lebensphase vermieden werden soll (z.B. Einsatz lebensverlängernder Massnahmen), sondern auch was angestrebt werden soll (palliativmedizinische Massnahmen, Möglichkeiten der Sterbebegleitung, Einbezug von Vertrauenspersonen). In diesem Zusammenhang gewinnt auch der Einsatz von Patientenverfügungen und die Benennung von Bezugspersonen als Stellvertreter an Bedeutung. Welche Rolle nimmt der Hausarzt bei der Erstellung und Verbreitung der Patientenverfügung ein? Wie kann mit dem Patienten in einer für ihn unterstützenden hilfreichen Weise kommuniziert werden? Wie verbindlich ist eine Patientenverfügung bei schwierigen Therapieentscheidungen? Die Auseinandersetzung mit Fragen und Entscheidungen am Lebensende verlangt einen sensiblen, offenen Dialog zwischen Arzt, Pflegekraft, Patient und Angehörigen, eine erhöhte Aufmerksamkeit seitens der Begleitenden für emotionale Aspekte. Dabei ist es wichtig, tabuisierte oder angstbesetzte Themen vorsichtig einzubeziehen. Immer ist die Individualität des Kranken auch und gerade in der «Gestaltung» des letzten Lebensabschnitts und des Sterbens zu achten.¹ Die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften versucht ihrerseits mit den **Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten** die rechtlich-ethische Lücke zu füllen.² Mit dem Forschungsprogramm **Klinische Ethik** wird unter anderem der Schwerpunkt «Lebensende» bearbeitet und dabei z.B. die übergeordnete Fragestellung verfolgt: Wel-

che Probleme stellen sich für die beteiligten Berufsgruppen, die Patienten und die Angehörigen im Zusammenhang mit Therapieentscheidungen am Lebensende? Die realitätsbezogene Darstellung, die auf strukturierte Einzelfallstudien teilnehmender Beobachtung und Interviewstudien aufbaut, leitet über zu der praktischen Frage, die heute die Gesundheitsberufe wie die Öffentlichkeit gleichermaßen beschäftigt: Wie kann bei der Betreuung am Lebensende ein hoher ethischer Standard gewährleistet werden? Daher ist die Entwicklung eines Fortbildungscurriculums zur Unterstützung von Klinikpersonal in dem schwierigen Feld klinischer, ethischer und rechtlicher Dilemmata um Therapiebegrenzung, Sprechen über Sterben und Tod sowie Sterbebegleitung die Zielsetzung eines internationalen Projektes am Institut. Ausgangsbasis für die Curriculumentwicklung ist ein Amerikanisches Fortbildungsprogramm **Decisions Near the End of Life**³, welches Anfang der 90er Jahre entwickelt und inzwischen an vielen Kliniken der USA mit grosser Akzeptanz durchgeführt wurde. Neben der wissenschaftlichen Arbeit und akademischen Lehre bietet das Institut für Angewandte Ethik und Medizinethik auf Anfrage auch Beratungs- und Fortbildungsangebote an. Des weiteren wird derzeit ein Expertenkolloquium für ethische Fragen in der Notfallversorgung geplant und die Qualitätsentwicklung der klinisch-ethischen Beratung zum Thema internationaler Arbeitstreffen gemacht.

1 Reiter-Theil S. (1999). Ethik in der Klinik – Theorie für die Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils. Ethik in der Medizin 11: 222–32.

2 SAMW Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1995): Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Basel, Schweiz.

3 www.edc.org/CAE/Decisions/dnel.html.

Aus dem Vorstand BS

Der Vorstand hat davon Kenntnis genommen, dass bei der Übergabe von Praxen zur Abgeltung immaterieller Werte Goodwilleleistungen gezahlt werden. Es gibt Gründe v.a. wirtschaftlicher Art, die für solche Zahlungen sprechen, aber auch Bedenken dagegen. Die Standesordnung äussert sich nicht explizit zu dieser Problematik, mahnt aber grundsätzlich zu fairem kollegialen Handeln. Der Ehrenrat wird sich weiter mit den sich in diesem Kontext ergebenden Fragen beschäftigen.

Im Zusammenhang mit der Umstrukturierung des Sekretariats hat der Vorstand verschiedene Möglichkeiten geprüft und sich

für eine Variante entschieden, die an der MV II am 20.6.2002 vorgestellt wurde. Wichtig erscheint in dieser hektischen Zeit mit vielfältigen Aktivitäten auf der tariflichen Ebene der Erhalt der Professionalität bei gleichzeitigem Ausbau der Milizarbeit durch die Organe der MedGes. Durch eine Reorganisation im Sekretariat soll eine kostengünstige, aber trotz allem optimale Unterstützung der Milizarbeit möglich gemacht werden.

Einige Vorstandsmitglieder tragen sich mit dem Gedanken, im Frühling 2003 zurückzutreten. Der Vorstand hat sich über die geeignete Nachfolge Gedanken gemacht.

An der Generalversammlung der Belegärzte beider Basel haben der Pastpräsident der ÄeGBL, Roland Schwarz, und der Präsident der MedGes, Renato Marelli, zu folgenden Themen referiert und die anschliessende Diskussion animiert: 1. Einführung TarMed, 2. Konsequenzen aus der gegebenen Rahmenbedingung der Kostenneutralität und 3. Aspekte der Datenübertragungs- und Datenanalyseproblematik.

Dem Vorstand ist die Datenparität mit den Kassen spätestens zum Zeitpunkt der Einführung von TarMed ein wichtiges Anliegen. Mehrere seiner Mitglieder bereiten sich zusammen mit Kollegen aus dem Vorstand der Ärztesellschaft Baselland auf die Projektierung eines gemeinsamen Trustcenters vor. Die interkantonale Zusammenarbeit erfährt dadurch auch grundsätzlich eine willkommene Vertiefung, die weitergeführt werden soll.

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Aus dem Vorstand BL

TrustCenter

Der Vorstand hat sich grundsätzlich einverstanden erklärt, die Planung für ein Trust-Center-Projekt zusammen mit der MedGes Basel zu beginnen. Die Planungsprojektgruppe ist bereits an der Arbeit. Die effektive Realisierung, im speziellen der Zeitpunkt, hängt von der Einführung von TarMed ab und steht noch nicht fest.

Bilaterale Verträge

Am 1. Juni 2002 sind die Bilateralen Verträge mit der EU und gleichzeitig das Bundesgesetz über die Freizügigkeit des Medizinalpersonals FMPG in Kraft getreten. Bedeutungsvoll ist vor allem die Tatsache, dass neu für die Praxisbewilligung ein Facharzttitel notwendig ist. Dies kann auch ein ausländischer und eidgenössisch anerkannter Titel sein. Um mit dem EU-Recht gleichzuziehen, hat der Bundesrat beschlossen, einen zweijährigen Titel «praktischer Arzt/praktische Ärztin» zu schaffen. Die FMH setzt sich vehement dafür ein, **aus Qualitätsgründen nur noch Inhaber von sjährigen Facharzttiteln zur selbständigen Berufsausübung zuzulassen.**

Wichtig ist die Tatsache, dass ab jetzt die Titelerteilung durch den Bund vorgenommen wird. Die FMH-Facharzttitel werden zu «Eidgenössischen Titeln». Die bisherigen FMH-Titel sind selbstverständlich automatisch gleichgestellt. Genauere Angaben finden Sie auf der Website der FMH: www.fmh.ch/awf, dort unter «Aktuell».

Ärzteschwemme?

Ob sich tatsächlich so viele EU-Ärzte wie befürchtet sofort in der Schweiz niederlassen werden, ist offen. Für diejenigen, die bereits hier arbeiten, kann die Praxisbewilligung – die entsprechenden Titel vorausgesetzt – sofort erteilt werden, für die andern gilt noch während zwei Jahren der «Inländer-vorrang». In Zukunft ist gemäss neueren demografischen Zahlen und eigenen Beobachtungen mit einem Nachholbedarf an niedergelassenen Ärzten zu rechnen. Denn in den nächsten 5 bis 10 Jahren werden weit mehr Kollegen und Kolleginnen ihre Praxis aufgeben als neue nachrücken. Das könnte vor allem in ländlichen Gebieten zu einem Ärztemangel führen!

Ab Abschaffung des Kontrahierungszwangs?

Der Vorstand der AeGBL steht der möglichen Abschaffung des Kontrahierungszwangs skeptisch gegenüber. Diese Massnahme führt zu einer weitgehenden Einschränkung der freien Arztwahl. Diese wird immer noch von gut zwei Dritteln der Bevölkerung als sehr wichtig eingeschätzt. Diese Massnahme, welche ein klar wettbewerbliches Instrument darstellt, könnte zur Folge haben, dass nicht nur Ärzte, sondern auch Patienten der Jagd nach guten Risiken ausgesetzt würden – mit negativen Auswirkungen vor allem für schwer kranke oder ältere Patienten. Wir sind der Meinung, dass die Möglichkeiten des KVG noch nicht ausgeschöpft sind. Insbesondere sind die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht ausdiskutiert und festgelegt. Auch besteht heute schon die Möglichkeit für die Kassen, mit einzelnen Ärzten oder -Gruppierungen separate Verträge abzuschliessen. Die Abschaffung des Kontrahierungszwangs bei gleichzeitigem Versicherungsobligatorium würde zu einer grotesken Situation führen. Der nun endlich unter Fach und Dach gebrachte TarMed-Tarif würde in Frage gestellt. Was soll ein einheitlicher Tarif in einem marktwirtschaftlichen Versicherungssystem?

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

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

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

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

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

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

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

Konzept

Schaffner & Conzelmann AG, Basel

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise:

erscheint acht Mal jährlich

Inseratenregie

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

Ärztegesellschaft Baselland

Sekretariat der Ärztegesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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