

Politik

Der Zulassungsstopp hat Nebenwirkungen

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Über Interaktionen und unerwünschte Wirkungen eines unerforschten Wundermittels

Fragen Sie Ihren Arzt ...

Als Ärztinnen und Ärzte sind wir gewohnt, vor dem Verschreiben einer Behandlung Interaktionen und unerwünschte Wirkungen in Betracht zu ziehen und abzuwägen, besonders wenn die Behandlung scheinbar eilt, die Angehörigen des Patienten zu schnellem Handeln drängen und das gewählte, vielleicht nur aus der Literatur bekannte neuartige Heilmittel eine frappante Wirkung verspricht. Offenbar fanden sich

die Bundesrätinnen und Bundesräte, die die Gesundheitskosten-Krankheit zu behandeln haben, gut beraten, auf diese medizinische Regel zu verzichten. Der Ratschlag aus der Werbung für Selbstmedikationsprodukte, über Risiken und unerwünschte Wirkungen einen Arzt oder Apotheker zu fragen, wurde genau so in den Wind geschlagen wie vom Magen-Patienten, der für seinen Hexenschuss im Selbstbedienungsladen Aspirin einkauft und sich nachher wundert, wenn er wegen einer Magenblutung auf die Intensivstation eingeliefert werden muss.

→ Fortsetzung Seite 3

aus dem Inhalt

- Teurer Widerstand – oder: Optimierte Arzt-Patient-Beziehungen als Chance zur Kostensenkung im Gesundheitswesen 4
- Hyperosmolarer Broncho-Provokationstest mit Mannitol als einfache Wirkungs-Vorhersage von inhalativen Kortikosteroiden bei Patienten mit COPD 6
- Selbsteinweisung ins Spital 8
- Respekt 11
- «Wie finde ich den richtigen Psychiater für meinen Patienten» 13
- Aus dem Vorstand 16
- Leserbriefe 18

Editorial

Vorwand oder Notwendigkeit?

Wenn Sie diese Synapse in den Händen halten, werden vermutlich einige der von unserem Chefredaktor geäußerten Gefahren der Wunderdroge «Zulassungsstopp» ihre unerwünschten Wirkungen bereits entfaltet haben. Vielleicht haben wir wenigstens etwas Klarheit darüber, wie sich die Gesuchsflut effektiv auf die Zunahme der Praxen auswirkt – gemäss Herrn Britt überhaupt nicht ...

Was mich hingegen fast mehr beunruhigt, ist die Tatsache, dass erstmals in der Schweiz die Ärztedichte staatlich festgelegt werden soll und damit faktisch die Verantwortung für die ambulante medizinische Versorgung vom Staat übernommen wird. Das ist ein so grundsätzlicher Wandel, dass er kaum auf Verordnungsebene einfach so verfügt werden kann. Die Beschränkung auf drei Jahre tröstet mich gar nicht. Die freie Niederlassung für einen freien Beruf mit höchsten An-

sprüchen, dessen Grundlage eine freigeählte Beziehung zwischen Patient und Arzt ist, droht auf dem Altar ökonomischer Zwänge geopfert zu werden – oder sind es ökonomisch kaschierte Vorwände?

Dr. Lukas Wagner
Präsident der Ärztegesellschaft
Baselland

Paradoxe Effekt statt beabsichtigte Wirkung

An einigen Orten mit einer bereits stark überhöhten Ärztezah und entsprechend schlechter finanzieller Verfassung der schon vorhandenen Praxen könnte das Ziehen der Notbremse Sinn machen, solange andere Regulierungsinstrumente (z.B. über die Vergabe von Bankkrediten) nicht genügend funktionieren. Genau so wie jeder Zug nach Behebung der Ursache, die zur Notbremsung geführt hat, das Geleise räumen muss, muss diese letztlich kartellistisch wirkende, auch sinnvolle Veränderungen – z.B. die Aufnahme eines Juniorpartners in die Praxis – verhindernde Massnahme rasch möglichst aufgehoben werden können. Der Wunsch, die in den Städten und Vororten als überschüssig taxierten Jungärzte in die verwaisenden Landpraxen umzuleiten, dürfte mit diesem Instrument nicht zu erfüllen sein. Auch die Idee, überschüssige Chirurgen oder Internisten rasch auf die Funktion der mangelnden Psychiater umzuschulen, dürfte Wunschenken bleiben. Die fehlende Attraktivität dieser Praxen ist vielmehr auf verschiedene familiäre, soziale und nicht zuletzt finanzielle Faktoren zurückzuführen. Als bereits praktizierende Ärzte könnten wir deshalb dem Bundesrat kaum dankbar sein, wenn er uns die Konkurrenz vom Halse hält. Vielmehr führt der Zulassungsstopp dazu, dass aufgrund der noch nach altem Recht zu behandelnden, vor Torschluss am 4. Juli 2002 eingegangenen Gesuche in den nächsten Jahren in Baselland mit bis zu 60 und in Basel-Stadt bis zu 90 Praxiseröffnungen zu rechnen sind. Sollten diese Praxen z. T. aufgrund der aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen in noch kürzerer Zeit ihren Betrieb aufnehmen, müssten – trotz der sog. Einkommensgarantie durch den Kontrahierungszwang – diesen, aber auch z.T. bestehenden Praxen äusserst schlechte Marktaussichten eingeräumt werden.

Nebenwirkungen grösser als Wirkungen

Wie in einem Medikamentenprospekt ist die Liste der unerwünschten Wirkungen des Wundermittels «Zulassungsstopp» unendlich länger und wie in einer boulevardisierten Gesundheitssendung wurden diese vom «TV-Moderator Bundesrat» unter den

Tisch gewischt. Dabei sind diese so offensichtlich, dass sogar die Journalisten der sonst gar nicht so ärztfreundlichen Medien diese aufgreifen! In erster Linie wurde – äusserst berechtigt – über bestens qualifizierte Ärzte, die am Ende ihrer Facharztausbildung stehen und eine Praxiseröffnung planen und über das mit dem Zulassungsstopp faktisch ausgesprochene Berufsverbot, einem Begriff, den wir sonst aus dem Gulag kennen, berichtet. Wer für die zur Aus- und Weiterbildung der verlorenen Generation von Ärzten unnötigerweise eingesetzten öffentlichen und privaten Mittel die Verantwortung übernehmen soll, bleibt ebenfalls ausgeklammert. Die Frage, was mit dem Stau an Weiterbildungsstellen passiert, hat man zur Lösung den Sanitätsdirektoren überlassen. Diese haben ja das Wunder versprechende Gegenmittel Spitalfacharzt bereits in ersten klinischen Studien ausprobiert und in ihre Apotheken sicher schon aufgenommen.

Die Ärztezah ist der falsche Ansatzpunkt

Der Bundesrat setzt also in einer scheinbaren Notlage ein Medikament ein, ohne dass er unerwünschte Wirkungen und Interaktionen berücksichtigt. Kann er denn wenigstens hoffen, dass sein Patient, das Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen, einer Heilung näher kommt? Es gibt nirgends vernünftige Hinweise, dass dieses Heilmittel langfristig etwas helfen könnte. Wie in einer schlechten klinischen Studie hat man ein Element, die Ärztezah, herausgenommen und ein Medikament eingesetzt, das nur diesen sogenannten «Surrogatmarker» beeinflusst und andere Einwirkungen auf die «Gesundheitskosten-Krankheit», z.B.

- die Kosten des medizinischen Fortschritts,
- die demographische Entwicklung mit steigendem Anteil an Betagten,
- die wachsende Anspruchs- und Konsumhaltung bezüglich medizinischer Leistungen,
- der hohe Anteil an zum Teil entwurzelten und daher krankheitsanfälligeren Menschen aus fernen Ländern und Kulturen,
- mögliche Gewinne durch Erhaltung von Arbeitsfähigkeit beim Einsatz teurerer Behandlungen usw.

ausklammert. Aus der Evidence based Medicine wissen wir doch, dass man auf die Nase fallen kann, wenn man das Endziel aus den Augen verliert und sich damit begnügt, in einem komplexen System einzelne Messwerte, wie die Ärztezah, unüberlegt zu beeinflussen.

Wir wollen eine rationale Therapie

Als Ärzte könnten wir jetzt die Faust im Sack machen und die Verantwortung für den absehbaren Misserfolg dem Bundesrat überlassen. Eine unerträgliche Vorstellung, denn gerade in dieser Situation wäre unsere Mithilfe wichtiger denn je. Die Finanzierung des Gesundheitswesens ist nicht geklärt und Prozesse zur sinnvollen und gerechten Verteilung der Mittel sowohl unter uns «Leistungserbringern» wie auch unter den kranken Mitmenschen sind immer noch nicht in Gang gesetzt worden. Ohne unsere – auch kreative Mitwirkung – wird dieses Problem nicht lösbar sein. Diese Aktivitäten schulden wir insbesondere unseren jungen Kollegen, die durch die Verordnung aus Bern in ihrer Lebensplanung schwer beeinträchtigt wurden und sich umorientieren müssen. Auch unser berufliches Umfeld kann sich nur verschlechtern, wenn wir keine Anstrengungen unternehmen, an sinnvollen Instrumenten für eine rationale Gestaltung und Steuerung unseres Gesundheitswesens mitzuwirken. Auch der TARMED-Steuerpunkt ist in diesem System lediglich ein – wenn auch wichtiger – Surrogatmarker! Vom Bundesrat, dem Parlament und auch den Krankenkassen müssen wir eindringlich verlangen, dass unsere Berufserfahrung und unsere Kenntnis des Systems Gesundheitswesen, wenn es etwa um die Definition von Prozessen oder Qualitätszielen geht, aufgenommen werden und damit sinnvolle, in einem vernünftigen Konsens erarbeitete Lösungen gefunden werden, die letztlich die in unserem Gesundheitssystem geforderte hohe Qualität der Leistungen zu finanzierbaren Preisen langfristig gewährleisten. Diese hohe Qualität kann nur erreicht werden, wenn auch die Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte stimmt, und zwar nicht nur in finanzieller Hinsicht.

Teurer Widerstand – oder: Interdisziplinäre Qualitätszirkel zur Kostensenkung im Gesundheitswesen¹

Dr. Benjamin Pia, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 4051 Basel

Den Kern des so genannten Widerstandes in ärztlichen Behandlungen bilden folgende Vorgänge:

1. Aus Unsicherheit und Angst können sich Patienten dem Arzt nicht voll anvertrauen.
2. Gleichzeitig können sie – wiederum aus Unsicherheit und Angst – auch nicht auf ärztlichen Rat verzichten.
3. Dies führt zu einer immer stärker stagnierenden Behandlungssituation, in der die Patienten paradoxerweise aus einem Sicherheitsbedürfnis an ihren Erkrankungen festhalten.
4. Ohne Anregungen von dritter Seite führen solche Vorgänge häufig zur kostspieligen Neutralisierung der Behandlung infolge übermässigen Widerstandes.
5. Die Patienten können weder genesen, noch vermögen sie auf die Behandlung zu verzichten.

Durch den interdisziplinären Dialog zwischen somatisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten könnte allzu starker Widerstand in Arzt-Patient-Beziehungen reduziert werden – eine reale Chance zur Kostensenkung im Gesundheitswesen.

¹ Zu diesem Beitrag bin ich durch folgenden Artikel angeregt worden: Périat, Pierre (SYNAPSE 3/2002): Der Hausarzt zwischen Guideline, Patienten-Compliance und Ökonomie.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde an manchen Stellen nicht die zweigeschlechtliche Form gewählt.

Einleitung

Vermutlich könnten im ambulanten Bereich der somatischen Medizin viele stagnierende Behandlungen durch interdisziplinäre Qualitätszirkel optimiert werden. Ein fachlicher Dialog zwischen somatisch und psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten könnte mehr zur Reduktion übermässiger Widerstände in Arzt-Patient-Beziehungen beitragen als ein wie auch immer begründeter diagnostisch-therapeutischer Alleingang. Durch diesen Dialog könnten nicht zuletzt die gesundheitlichen, emotionellen und finanziellen Ressourcen auf Seiten der Behandelten wie der Ärzteschaft geschont werden.

Ausgangspunkt

«Nur 7% der Patienten, die ein SSRI verschrieben bekommen, nehmen dieses auch wirklich ein!» (Pierre Périat in SYNAPSE 3/2002). Mit andern Worten: 93% der gekauften SSRI (= Selektive Serotonine Reuptake Inhibitors) entfalten faktisch keine Wirkung, statt dessen werden sie früher oder später entsorgt. Die 7% effektiv eingenommenen SSRI kosten somit mehr als eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachbehandlung in Basel-Stadt bei einer Frequenz von einer Stunde pro Woche!

Fragen

Es stellt sich die Frage, worauf die Non-Compliance bei den 93% anscheinend depressiven Patientinnen und Patienten zurückzuführen ist. Offensichtlich muss deren Behandlung in einer Art Wartephase stagnieren, solange nicht erkannt wird, warum die verschriebenen Medikamente nicht eingenommen werden. Ebenso wenig scheinen die Betroffenen mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt ins Gespräch zu kommen.

Ausser spürbaren Opfern an Geld und Gesundheit geschieht in entsprechenden Behandlungen somit kaum Nennenswertes. Was steht einer kostengünstigeren und wirksameren Behandlung letztlich im Weg?

Widerstand

Einer wirksamen und kostengünstigen Behandlung steht oft übermässiger Widerstand im Weg. Er gehört im Grunde als ein mehr oder weniger schwer zu lösendes Problem zu jeder Arzt-Patient-Beziehung, auch dann, wenn ihm wenig Beachtung geschenkt wird.

Widerstand, der sowohl zur Blockierung einer Behandlung wie zum paradoxen Festhalten an Krankheit(en) führen kann, erscheint uns zurecht als etwas Unsinniges, denn grundsätzlich will man sich ja vom Arzt helfen lassen. Erstaunlich oft kommt es jedoch vor, dass Patienten zusätzlich zu ihren Behandlungswünschen auch Behandlungsängste in die Sprechstunde mitbringen. Man denke an das Phänomen der Sprechstundenhypertonie, das sich als Folge eines solchen Konflikts zwischen entsprechenden Wünschen und Ängsten manifestieren kann.

Ohne Anregungen von dritter Seite, zum Beispiel von einem interdisziplinären Qualitätszirkel, führen solche Vorgänge in der Regel zum teuren Stagnieren einer Behandlung, die Patienten können weder genesen, noch auf ärztlichen Rat verzichten.

Widerstand als Orientierungsinstrument in der Arzt-Patient-Beziehung

Andererseits kann Widerstand, wenn er nicht zu stark wird, als eine Art Instrument dienen, anhand dessen sich die Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung überprüfen und gestalten lässt. Indem der Widerstand kontinuierlich angesprochen und nach Möglichkeit reduziert wird, lässt sich

die Stagnation in der Behandlung überwinden, die Krankheit besser behandeln und gleichzeitig kann im Leben der Patienten vieles wieder in Bewegung kommen.

Interdisziplinäre Qualitätszirkel

Als Anregung von dritter Seite können interdisziplinäre Qualitätszirkel die Reduktion des Widerstandes beschleunigen, so dass die Patienten ihre Störungen, vielfältigen Symptome oder schlechten Gewohnheiten schneller abzulegen vermögen. Die vielen früheren Arztbesuche erübrigen sich zunehmend, das teure Treten an Ort weicht einer bewegteren, belebteren, kurz einer optimierten Arzt-Patient-Beziehung. So können längerfristig auch Kosten gesenkt werden.

Pharmaka und Behandlungswiderstand

Neben ihren segensreichen Funktionen können (Psycho-)Pharmaka im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung auch einen Widerstand sichtbar machen. Anders gesagt muss es auch am Widerstand gelegen haben, wenn wie oben erwähnt nur 7% der Patienten das ihnen verschriebene SSRI eingenommen haben! Lag es daran, dass in der Arzt-Patient-Beziehung die Zeit zum vertieften Gespräch fehlte? Was ist überhaupt ein vertieftes Gespräch?

Die meisten Patientinnen und Patienten interessieren sich ganz selbstverständlich für ihre Lebensgeschichte, vielleicht seltener aus Neugier oder Faszination, öfters wohl aus handfesten Gründen. Sie möchten sich selber besser verstehen, um durch die gewonnenen Einsichten nicht nur lebendiger, jedenfalls aber klüger zu werden. So be-

wahren sie sich vor kostspieligen Gesundheitsschäden und vermeidbaren Schmerzen. Viele Patienten – sind es 93%? – erwarten wohl aus diesem Grund ein vertieftes Gespräch. Sie möchten trotz Widerständen die Sprechstunde nutzen, wofür sie schon immer diene: um mit dem Arzt oder der Ärztin ihres Vertrauens über Dinge zu sprechen, die im Alltag zu wenig oder gar nicht zur Sprache kommen können. Es mag peinlich sein, Angst und Schmerzen bereiten, aber sie scheinen nicht darauf verzichten zu wollen.

Der Wunsch und die gleichzeitige Angst vor einem vertieften Gespräch könnte zum Widerstand gegen die (Psycho-)Pharmakotherapie mit SSRI geführt haben. Dennoch, das Gespräch wurde gesucht, nicht das Medikament.

Widerstand im interdisziplinären Dialog

Auch im fachlichen Dialog zwischen somatisch wie psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten können sich Widerstände regen. Somatiker möchten die Faktizität psychischen Lebens leugnen, und umgekehrt könnten Psychiater und Psychotherapeuten versucht sein, an der Tatsache somatischer Erkrankungen vorbeizusehen. Auch die Illusion, eine einzige Ärztin oder ein einziger Arzt könne bei ein und demselben Patienten für komplexe somatische und psychische Störungen gleichzeitig zuständig sein, entspricht dem Widerstand, sich eingehender mit den Patientinnen und Patienten zu befassen. Ein solcher Widerstand wird längerfristig nicht ohne zusätz-

liche Opfer an finanziellen Mitteln und Gesundheit aufrechtzuerhalten sein, es sei denn, die heutzutage zunehmend polymorbiden Patientinnen und Patienten würden sich paradoxerweise darum bemühen, uns nur für leicht zu behebbende Störungen zu konsultieren. Da dies nicht der Fall sein wird, werden in entsprechenden Arzt-Patient-Beziehungen Enttäuschungen nicht ausbleiben. Vermutlich werden dank intensivem interdisziplinärem Dialog in der Behandlung zunehmend polymorbider Patientinnen und Patienten längerfristig tiefere Kosten anfallen als beim zwangsläufig banalisierenden Versuch, immer komplexere psychische und somatische Störungen in omnipotenter Personalunion behandeln zu wollen.

Fazit

Als Anregung von dritter Seite können interdisziplinäre Qualitätszirkel helfen, Widerstand zu reduzieren und stagnierende Arzt-Patient-Beziehungen wieder in Gang zu bringen – eine reale Chance zur Kostensenkung im Gesundheitswesen. Interdisziplinäre Qualitätszirkel führen zum intensiven Dialog zwischen somatisch wie psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzten, zu einem Dialog, bei dem sich die Beteiligten weiterhin auf ihre immer komplexer werdenden Fachprobleme konzentrieren, die Grenzen ihrer Disziplin respektieren und gleichzeitig die Dialogfähigkeit mit ihren unterschiedlichen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen zu erhalten und weiterentwickeln suchen.

Hyperosmolarer Broncho- Provokationstest mit Mannitol als einfache Wirkungs-Vorhersage von inhalativen Kortikosteroiden bei Patienten mit COPD

Dr. med. J. Leuppi, Basel

Die chronisch-obstruktive Pneumopathie (COPD) ist unterdessen die vierthäufigste Todesursache. Aufzuhören zu rauchen, ist die wirkungsvollste Massnahme. Dagegen ist die Frage, ob Patienten mit einer COPD von inhalierbaren Kortikosteroiden profitieren, immer noch nicht sicher geklärt. Bis jetzt wissen wir nur, dass Patienten mit einer schweren COPD von seiten der Lebensqualität und Exazerbationshäufigkeit einen Nutzen haben können. Weiter profitieren alle COPD-Patienten, die in der Lungenfunktion eine partielle Reversibilität (Verbesserung des FEV₁ um >200 ml und >12%) zeigen, von topischen Steroiden. Bei der Grosszahl der COPD-Patienten dagegen, ist der Einsatz von diesen inhalierbaren Steroiden umstritten.

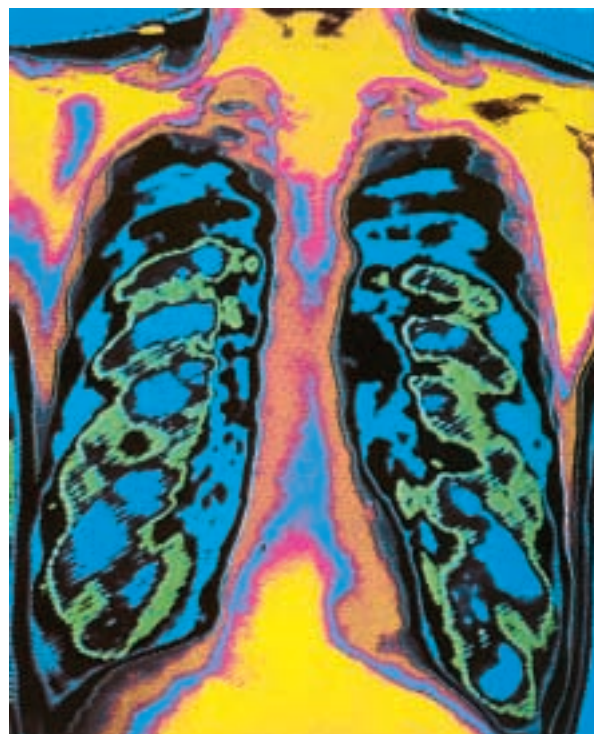
Sie sehen in Ihrer täglichen Praxis sicher viele COPD-Patienten und stehen oft vor der Frage, ob Sie nun ein inhalierbares Steroid verschreiben sollen oder nicht. Um diese Frage besser klären zu können, haben wir von der Pneumologie der Universitätskliniken Basel und Bruderholz die «COPD-Mannitol-Studie» geplant. Wir möchten prüfen, ob wir mit einem einfachen Broncho-Provokationstest mit dem Zucker Mannitol einen eventuellen Nutzen der topischen Steroide vorhersagen können. Wir suchen deshalb Patienten mit einer chronisch-obstruktiven Pneumopathie leichten bis mittelschweren Grades (FEV₁ >55% Soll), die in den letzten 3 Monaten keine orale Steroide und im letzten Monat keine inhalierbaren Steroide bekommen haben. Patienten, die bereits topische Steroide inhalieren, werden gebeten, diese für einen Monat zu unterbrechen. Die

Patienten werden dann mit dem Mannitoltest untersucht und anschliessend für 3 Monate mit einem inhalierbaren Steroid behandelt. Nach diesen 3 Monaten überprüfen wir nochmals die Lungenfunktion und Lebensqualität, um ein mögliches Ansprechen auf diese topischen Steroide erkennen zu können. Ein schneller, praxisbezogener Test, welcher ein Ansprechen auf topische Steroide vorhersagen könnte, wäre im klinischen Alltag sehr hilfreich.

Falls Sie solche Patienten in Ihrer Praxis sehen, wären wir Ihnen äusserst dankbar,

wenn wir sie in unsere Studie einschliessen könnten. Weiter möchten wir uns erlauben, Patienten anzufragen, die in den Kantons-
spitälern eine Lungenfunktionsprüfung erhalten haben. Die Patienten werden selbstverständlich von Ihnen als Hausärzte weiter betreut.

Sollten Sie Fragen haben oder Patienten für diese Studie zusenden wollen, bitten wir Sie, sich mit Dr. J. Leuppi, stellvertretendem Oberarzt Pneumologie der Universitätsklinik Basel in Verbindung zu setzen (Tel. 061-265 51 93 oder 061 265 51 84).



Selbsteinweisung ins Spital

Dr. med. Ch. Flaig, Dr. med. K. Zehnder,
Dr. med. H. Zürcher, Qualitätszirkel Brugg

Der Qualitätszirkel Brugg hat in Zusammenarbeit mit seinen Zuweisungsspitälern die Beweggründe der zunehmend häufiger direkt die Notfallstationen aufsuchenden Patienten und die möglichen Konsequenzen für die Spitäler und die niedergelassenen Ärzte untersucht. Von der zuerst im Primary Care 10/02 erschienenen Studie haben die Autoren freundlicherweise eine Kurzfassung für die Synapse erstellt.

Studienziel:

Wir stellen fest, dass immer mehr Patienten und Patientinnen direkt die Notfallstationen der Spitäler aufsuchen (Walk in Patients: WIP) und sich nicht an den Hausarzt oder den Notfallarzt wenden. Wir wollten allfällige Schwachstellen des ärztlichen Notfalldienstes erkennen und untersuchen, wie häufig und aus welchen Gründen Patienten in Notfallsituationen dieses Verhalten zeigen.

Methode:

Der Qualitätszirkel (QZ) in Brugg führte in Zusammenarbeit mit den Zuweisungsspitälern Kantonsspital Baden (KSB) und Bezirksspital Brugg (BSB) eine Erhebung mittels Fragebogen (FB) durch, um die Zahlen der Selbsteinweisungen zu quantifizieren und mögliche Ursachen für dieses Verhalten aufzudecken. Der FB beinhaltete einerseits Fragen an den Patienten zu dessen demographischen Daten, vorgängig telefonischen Kontakte mit dem Hausarzt, Notfallarzt oder Spital, nach Gründen für das direkte Aufsuchen der Klinik und der Einschätzung der Erreichbarkeit des niedergelassenen Arztes. Andererseits machte der Spitalarzt Angaben zu Beschwerden, Symptombdauer, Diagnose und Procedere beim Patienten. Bei einem Rücklauf von 476 von insgesamt 510 FB konnten eine repräsentative Anzahl von Patienten erreicht und deren Aussagen analysiert werden.

Ergebnisse:

Die Verteilung auf die Wochentage zeigte, dass durchschnittlich 124 Patienten (beide Spitäler) pro Tag eintraten. 71 durch Selbsteinweisung (inkl. Ambulanz), während 53 durch den Arzt eingewiesen wurden. Am Montag, Donnerstag und am Wochenende traten mehr Patienten ein als an «gewöhnlichen» Wochentagen. Interessant ist das Verhältnis zwischen Selbsteinwei-

sung und Arzteinweisung an den verschiedenen Wochentagen, wie es in Tabelle 1 (Quotient WIP/Arzteinweisung an den verschiedenen Wochentagen) zur Darstellung kommt. Dieses Ergebnis korreliert mit dem Resultat der Umfrage nach der Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit des Arztes.

Die Alterspyramide unserer Erhebung (Tabelle 2) wich stark von der Alterspyramide der Bevölkerung in den Bezirken Baden und

Tabelle 1

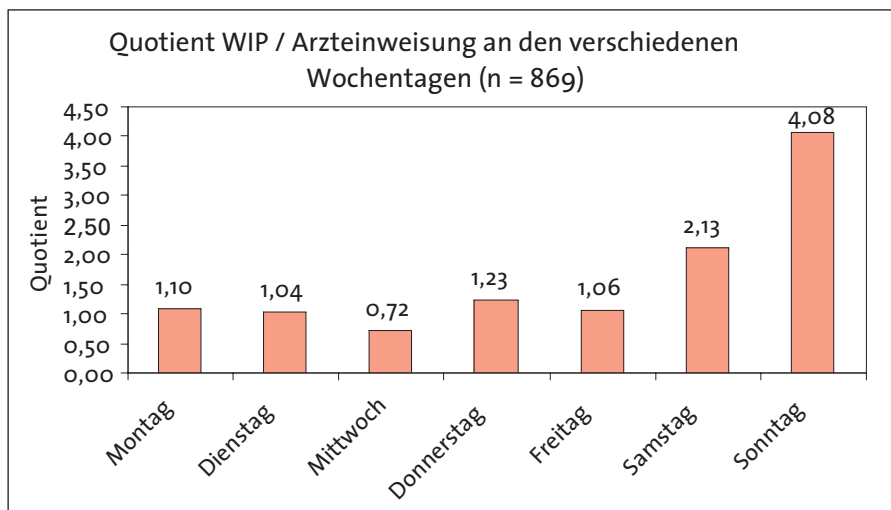
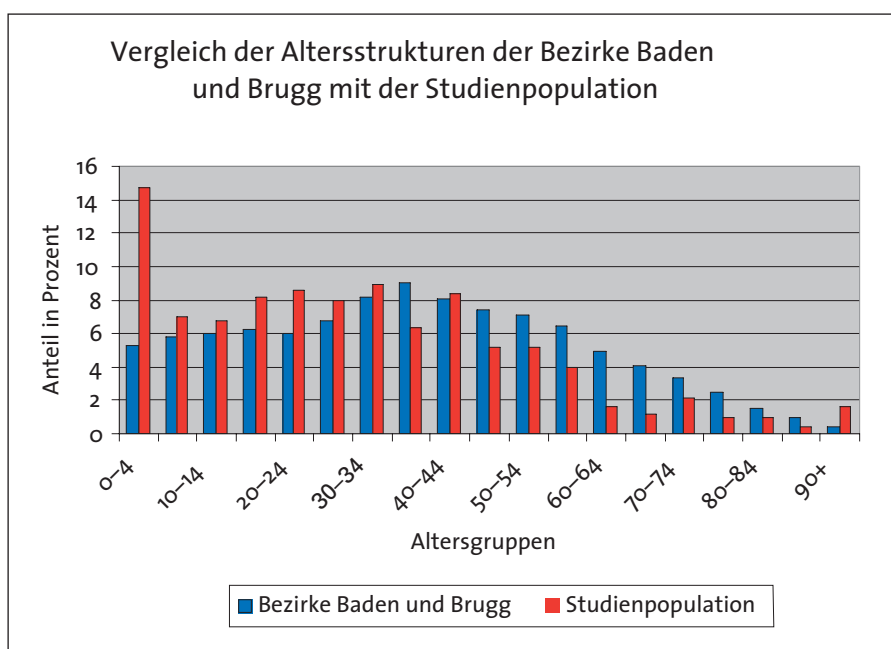


Tabelle 2



Brugg ab. Die Altersgruppen bis 35 Jahre sind übervertreten, wobei dies die bis 4-jährigen Kinder besonders ausgeprägt betrifft. Von den 472 WIP mit bekannter Nationalität waren 57,8% Schweizer. In der Wohnbevölkerung der Bezirke Baden und Brugg leben 77,2% Schweizer. Ausländer sind unter den WIP somit annähernd um den Faktor 2 übervertreten.

Die Patienten waren während den Zeiten, in denen ihr Hausarzt erreichbar ist, zu 95% mit der Erreichbarkeit zufrieden. Nachts und am Wochenende waren es 59% (Tabelle 3).

Beim Procedere im Spital mussten 11,5% der WIP stationär behandelt werden. 78% wurden an den Hausarzt weitergewiesen. Die restlichen Patienten erhielten eine Überweisung an den Spezialisten bzw. Spitalarzt oder eine Kontrolle im Spital.

Häufigste Diagnosen: eine Dreiergruppe aus dem QZ klassierte die Angaben betreffend Beschwerden (reasons for encounter) und Diagnose auf dem Fragebogen gemäss der ICDPC-2-Codierung im Konsensverfahren. Bei der Diagnosestellung überwogen in erster Linie die traumatologischen Diagnosen des Bewegungsapparates (RQW, Kontusionen, Distorsionen), häufig waren auch Infekte der oberen Luftwege und Gastroente-

ritiden. Zur Hospitalisation führten gemäss Chronologie der Häufigkeit die Commotio cerebri, Harnsteinkrankheiten, Distorsionen/Subluxationen, akuter Alkoholmissbrauch, Konvulsionen, Suizidversuche.

Diskussion:

Die Tendenz zur Selbsteinweisung besteht vor allem dann, wenn der eigene Arzt nicht erreichbar ist. Folgende zwei Ergebnisse bestätigen diese Annahme. Die Zahl der Selbsteinweisungen ist am Wochenende im Vergleich zu den Wochentagen besonders hoch. Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit des Hausarztes ist an den Arbeitstagen der praktizierenden Ärzte fast 100%, in der Nacht und am Wochenende noch knapp 60%.

Die Untersuchung hat zudem gezeigt, dass Spitäler und Grundversorger, im vorliegenden Fall ein Qualitätszirkel, erfolgreich zusammenarbeiten können. Der Qualitätszirkel musste erneut feststellen, dass die Erarbeitung eines Fragebogens und der Umgang mit grossen Datenmengen für «Amateure» nicht einfach ist. Auf der anderen Seite erwies sich die Anforderung an ein grosses Spital mit verschiedenen Departementen, neben dem reich befrachteten

Routinebetrieb noch Fragebogen auszufüllen, ebenso gross und aufwendig, wie Erarbeitung eines FB's und die Auswertung von Daten durch einen Qualitätszirkel.

Bei den persönlichen Daten fallen die Altersverteilung und der Ausländeranteil im Vergleich zur Wohnbevölkerung der untersuchten Region besonders auf: Es finden sich doppelt so viele Ausländer (41,1% in der Studienpopulation im Vergleich zu 22,8% in den Bezirken Baden und Brugg). Die 0-4-jährigen sind dreifach übervertreten (14,7% in der Studienpopulation und 5,2% in den Bezirken Baden und Brugg).

Die wichtigsten Gründe, das Spital aufzusuchen, ohne vorher den Haus- oder Notfallarzt zu kontaktieren, sind: Die subjektive Dringlichkeit, die Abwesenheit des Hausarztes, die räumliche Nähe des Spitals und nicht zuletzt die Unkenntnis über den Notfalldienst.

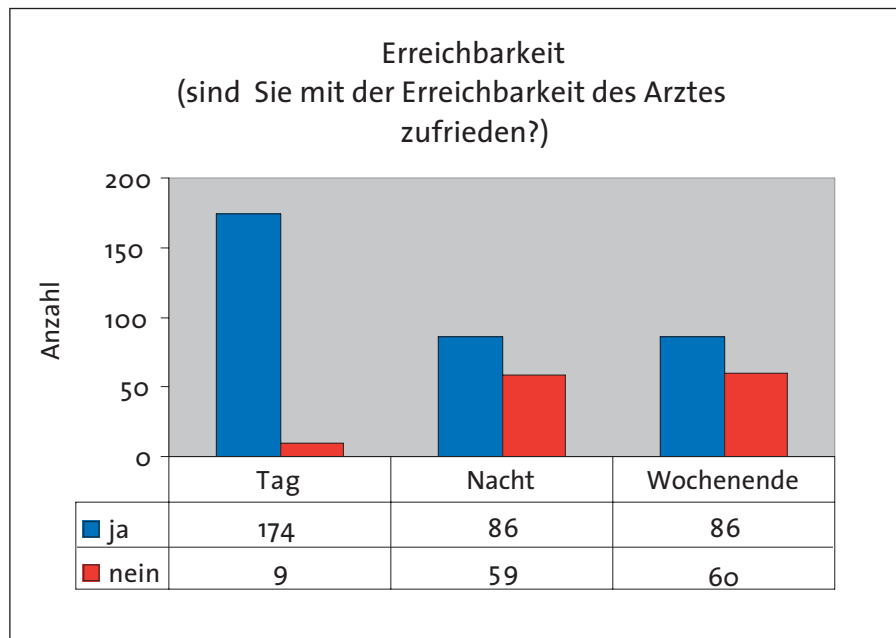
Die Auswertung der Diagnosen ergab, dass 80% der WIP aus medizinischer Sicht problemlos vom Hausarzt oder vom Notfallarzt hätten versorgt werden können.

Schlussfolgerung:

Sinnvolle Massnahmen, die Zahl der WIP zu verringern, wären folgendes zu kommunizieren:

1. Die Patienten müssen informiert werden, dass ein Notfalldienst «rund um die Uhr» vorhanden ist. Dabei gilt die Regel, dass beim zweiten Telefonanruf der Patient mit einem Arzt verbunden ist, der ihn kompetent berät.
2. Der Haus- oder Notfallarzt könnte 80% der WIP selber behandeln. Bei den Übrigen ist er Garant, dass die Einweisung medizinisch fachgerecht und ohne Zeitverlust organisiert wird.
3. Das direkte Aufsuchen des Spitals verstopft die «Kanäle» für die echten Notfälle im Spital. Die Bagatellfälle könnten in der Hausarztpraxis versorgt oder auch erstbeurteilt werden. Es drängt sich der Verdacht auf, dass dies zusätzlich die Gesundheitskosten verteuert. Letzteres müsste allerdings in einer weiteren Untersuchung genauer analysiert werden.

Tabelle 3



Respekt

Dr. med. P. Périat, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Riehen

Eine 93jährige Patientin erzählt in der Sprechstunde aus ihrem Leben. Ihren Vater kannte sie nicht. Die Mutter soff und prügelte sie bis sie 24 Jahre alt war, vor allem wenn sie das Geld aus der Fabrik nicht vollständig zuhause abgab. Mit Hilfe der Leute aus der Fabrik getraute sie sich von zu Hause ausziehen und fand eine Stelle als Haushaltangestellte in einer jüdischen Bürgerfamilie. Dort lehrte man sie einen Haushalt zu führen, zu kochen, zu servieren, zu nähen, zu stricken und zu putzen. Ausgerechnet in dieser Rolle als Bedienstete erlebte sie erstmals etwas, das sie Respekt

nennt. Sie sei erstmals in ihrem Leben respektiert worden. Später hatte sie nacheinander zwei Ehen mit Alkoholikern, in denen sie erneut geprügelt und betrogen wurde. Sie überlebte beide Männer und fristet jetzt seit Jahren ein bescheidenes, aber zufriedenes Witwenleben. Sie brauchte nie eine Psychotherapie, keine Sozialarbeiter und keine Sozialhilfe. Vor dem Sterben hat sie keine Angst, am liebsten stürbe sie schnell oder wenigstens nach nur kurzer Leidenszeit. Ihre grösste Sorge ist der Verlust ihrer Selbständigkeit, vor allem jetzt, wo sie spürt, dass ihre Kräfte altershalber nachlassen. Keine vier Pferde und keine Formulare bringen die Frau in ein Altersheim, da würde sie sich vorher etwas antun.

Was gab dieser Frau trotz widerlichster Umstände die Kraft zu dieser Lebensbejahung? Sie sagt, es sei der Respekt, den sie als Dienstmädchen erfahren habe.

Respekt tut uns Menschen gut. Vom gegenseitigen Respekt lebt die Patienten-Arzt-Beziehung. Der Respekt des Arztes gibt dem Patienten Kraft. Der Respekt unserer Patienten ist auch für uns Ärzte eine stete Kraftquelle. Er lässt uns unseren Beruf weiter ausüben, auch in einer Umgebung, die alles tut, um den gegenseitigen Respekt zu untergraben.

«Alles geht besser, wenn man sich kennt»

«Wie finde ich den richtigen Psychiater für meinen Patienten»

In der Hausarztpraxis stellt sich häufig die Frage der Überweisung in fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Nebst der grundsätzlichen und heiklen Motivationsarbeit stellt sich zusätzlich die nicht minder schwierige Frage, welches die «richtige» Person für eine angemessene Fachbehandlung wäre. Die Redaktion der Synapse hat diese Frage diskutiert und bedankt sich bei den Dres. med. Edy Riesen und Peter Buess, die sich noch nicht persönlich kannten und bereit waren, ihre Gedanken darüber in der Synapse auszutauschen.

Dr. med. Edy Riesen,
Allgemeine Medizin FMH, 4417 Ziefen,
an **Dr. med. Peter Buess,** Psychiatrie und
Psychotherapie FMH, 4123 Allschwil:

«Lieber Herr Kollege Buess, je länger ich über die Fragestellung nachdenke, desto schwieriger scheint es mir, eine einfache Antwort zu finden. In keinem andern Fachgebiet sind so viele Konsiliarärztinnen involviert wie bei meinen Patienten. Dazu kommt, dass sich Patientinnen (auf Empfehlung von Freunden oder Bekannten) recht oft ihre Psychotherapeuten selbst suchen, dass in den Krisensituationen der Notfallpsychiater zum Zuge kommt etc. Wenn ich an meine bisherigen 17 Jahre Praxistätigkeit zurückdenke, kann ich mich an Dutzende von Psychiatern erinnern, die irgendeinmal jemanden aus meiner Praxis betreut haben. Dazu kommen noch die Psychologinnen, Seelsorger und andere Berater.

Kurz, es besteht eine Art kreatives Chaos, was nicht per se schlecht sein muss. Wenn ich nun selbst einen Psychotherapeuten/in suchen muss, dann probiere ich per Telefon einen meiner Bekannten (darunter auch befreundete) anzurufen, seltener anzuschreiben. Binsenwahrheit: Alles geht bes-

ser, wenn man sich kennt. Manchmal klappt es, manchmal nicht und dann wird auch etwa eine Empfehlung gemacht, wer sonst in Frage käme. Weiter habe ich auch zwei Listen für Liestal und Basel (der Weg spielt natürlich eine grosse Rolle). Damit suchen die Patienten dann selbst weiter. Merkwürdig dabei ist, dass ich die Therapeuten auf der Liste jeweils nummeriere, was völlig intuitiv geschieht. Damit ist gesagt, dass ich einen bestimmten Patienten am liebsten bei der Kollegin X sähe, einen andern beim Kollegen Y. Dabei verlasse ich mich nicht nur auf meine Intuition, sondern die Patienten sollen mich zurückrufen, wenn sie gar nicht durchkommen. Einige haben sogar den ausdrücklichen Auftrag, zurückzurufen, weil ich mir Sorgen um sie mache. Ich schreibe nicht oft Überweisungen, da ich denke, dass beim Psychiater und Psychotherapeuten alles auf ganz neue Weise beginnt. Bei meinen Überweisungen lege ich mich nicht auf Diagnosen im ICD-Sinne fest, sondern brauche vielleicht Begriffe wie Erschöpfungsdepression oder Angst. Manchmal teile ich relevante somatische Befunde mit. Der Notnagel ist immer der Externe Psychiatrische Dienst (EPD Liestal), was nicht heisst, dass dies eine schlechte Lösung sei. Für uns Praktiker ist die Zusammenarbeit hervorragend und wir erhalten sehr gute schriftliche Zusammenfassungen.

Zurück zur Suche nach einer Therapeutin: Ich stelle mir immer die Patientin vis-à-vis des/der Kollegen/in vor. Wie oft habe ich wohl eine ungünstige Kombination gewählt? Manchmal weiss ich etwas über die Arbeitsmethode (z.B. eher «analytisch», «kognitiv-verhaltensorientiert» oder «systemisch») oder das Temperament des Therapeuten von «sehr geduldig» bis «eher konfrontativ» spielt bei der Auswahl eine Rolle. Dann versuche ich die Patienten etwas vorzubereiten, dies in der Hoffnung, damit die therapeutische Wirksamkeit zu verbessern; vielleicht ist dies ganz falsch,

aber ich bin es halt gewohnt, die Patienten über eine Endoskopie, einen Herzultraschall, eine Herniotomie zu informieren.

Ein Buch mit sieben Siegeln sind für mich die Stillen unter den Therapeuten! Sind sie erfolglos? Gibt es Psychiater, die mehr Patienten brauchen könnten? Könnten sie dies irgendwie bekanntgeben? Natürlich diskret, unter Kollegen? Ein besonderer Wunsch von uns Hausärzten wäre es, Patienten bei diagnostischer Unsicherheit in 2–3 Sitzungen abklären lassen zu können (vgl. z.B. Gutachten für Versicherungen und IV). Dieses Angebot wäre oft hilfreich, wird aber mindestens offiziell nirgends gemacht.¹

Insgesamt ist die Zusammenarbeit für mich nicht schwierig, oft sogar äusserst positiv und auch lehrreich. Manchmal dürften etwas konkretere Meldungen zurückkommen. Paradoxe Regel: je länger die Therapie, desto weniger Rückmeldung, warum ist das so?

Sicher haben auch Sie als Psychiater Wünsche? Wie wäre es, z.B. den bevorzugten Kommunikationsweg mitzuteilen? Telefon, Fax, e-mail? Vielleicht könnte sogar ihre Fachgesellschaft eine Liste erstellen? Werden Überweisungsschreiben gewünscht und mit welchen Angaben?

Möchten Sie nicht auch einmal ein Feedback nach oft grossem persönlichem Aufwand? – Eigentlich sollte es ja keine Einbahnkommunikation sein im Sinne von

¹ Anmerkung der Redaktion: es existiert in den Kantonen BL und BS ein so genannter «Psychotherapieführer» der Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dieser kann unter Beilage eines frankierten und rückadressierten Couverts bezogen werden: in BS beim Fachgruppenpräsidenten Dr. med. Th. Weber, Bäumleingasse 10, 4051 Basel, in BL: beim Fachgruppenpräsidenten Dr. med. Peter Buess, Baslerstrasse 35, 4123 Allschwil. Im Psychotherapieführer sind sämtliche Mitglieder der Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren spezifischen Angeboten verzeichnet.

«der Patient ist beim Psychiater versorgt und damit beim Hausarzt abgemeldet!» Liesse sich die Behandlungsqualität durch ein Mehr an Kommunikation zwischen den Ärzten unterschiedlicher Disziplinen nicht zusätzlich steigern? Nach meiner Erfahrung ist dies der Fall, wenn es dazu kommt (s. oben).

Zum Schluss: Man findet immer einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin! Der Entschluss zur Psychotherapie muss jedoch eindeutig vom Patienten kommen oder wenigstens von ihm klar mitgetragen werden. Manchmal ist die Wartezeit eine Reifezeit. Nie sollte jemand zu einer Behandlung gedrängt werden. Bei der Überweisung mache ich mit einer grundsätzlich positiven Haltung die besten Erfahrungen. Unrealistische Erwartungen zu schüren erweist sich immer als Fehler.»

Dr. med. Peter Buess, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 4123 Allschwil, an Dr. med. Edy Riesen, Allgemeine Medizin FMH, 4417 Ziefen:

«Lieber Herr Kollege Riesen, das ist tatsächlich eine schwierige Fragestellung: «wie finde ich den richtigen Psychotherapeuten für meinen Patienten?», die uns von der Synapse-Redaktion gegeben wurde. Was ist denn wohl ein richtiger Psychotherapeut? Nun sollen wir als Allgemeinmediziner und Psychiater darüber kommunizieren.

Mir gefällt es, dass Sie in Ihrem ersten Brief ein paar schwierige Punkte benennen, ohne in eine Schwarz-Weiss-Malerei abzugleiten. Ich finde es zudem spannend, mit Ihnen darüber zu debattieren, ohne Sie direkt zu kennen. Vielleicht bleibt es ja nicht bei einem einzigen Briefwechsel – wer weiss. Es gibt wirklich sehr verschiedene Wege zu einem Psychiater – direkt, über Zuweisung durch andere Ärzte, über den Notfalldienst, über Institutionen. Und die Zielsetzungen sind ja auch sehr verschieden. Bei einer depressiven, voll im Beruf stehenden Person geht es um ganz andere Werte als bei einem an einer schweren Schizophrenie leidenden, IV-berenteten Menschen. Wann hat ein Psychiater seine Aufgabe gut gemacht? Wenn der Patient zufrieden ist? Wenn das Umfeld entlastet ist?

Da ist ihre Feststellung nachvollziehbar, es bestehe eine Art kreatives Chaos. In einem solchen Chaos ist eine Orientierung, eine Struktur wichtig – die haben Sie offensichtlich in der Form von Beziehungen. Vernetzt

mit ein paar KollegInnen zusammenarbeiten, ist sicher die effizienteste Antwort auf die Fragestellung der Synapse-Redaktion. Gewiss sollte diese Vernetzung intensiviert werden – sinnvollerweise innerhalb von Notfallkreisen. Da liegt noch viel Potential brach.

Die Frage der Überweisungen bzw. deren schriftliche Dokumentation, berührt das Thema unserer Dokumentationspflicht, der wir ja in ökonomisch vernünftiger Weise nachkommen wollen. Auch schon habe ich einer Patientin einen Rezept-Zettel mitgegeben mit den Worten: «Lieber Herr Kollege, ich empfehle eine Untersuchung der Schilddrüsenwerte. Mit freundlichen Grüßen, P.Buess». Darauf erhielt ich per Fax oder Post eine Laborwerte-Kopie. Mehr schreiben? Episch werden? Telefonieren (= unnötige Störung des Allgemeinmediziners in seinem Praxisalltag)? Manchmal erhalte ich von einem Hausarzt einen längeren Zuweisungsbericht und telefoniere darauf nur kurz nach ein paar Konsultationen mit dem Patienten. Grund beispielsweise: In der Psychotherapie zeigte sich, dass ein erheblicher Paarkonflikt zur psychischen Problematik beitrug. Beide Eheleute sind beim gleichen Hausarzt. Wieviel von der schwelenden Problematik kann/darf ich nun weitergeben? Manchmal ist es zu brisant und so bleibt dann eine Rückmeldung aus, was den Hausarzt in gewisser Weise auf dem Trockenen sitzen lässt, aber eigentlich indiziert ist. Mit der Zeit entsteht eine Gewöhnung, ein Reflex – in der Regel nichts weiterzugeben. Manchmal (nicht so selten) geben Patienten auch einfach das Einverständnis gar nicht zu einer Weitergabe von Informationen aus den psychotherapeutischen Gesprächen. Sicher wird dies von verschiedenen Psychiatern auch sehr verschieden gehandhabt. Es fällt mir keine Patentlösung ein. Wenn Sie jedoch von den EPD schreiben: «Für uns Praktiker ist die Zusammenarbeit hervorragend und wir erhalten sehr gute schriftliche Zusammenfassungen», geben Sie einem klaren Bedürfnis Ausdruck. Vielleicht sollte ein Hausarzt bei einer Überweisung vermerken, ob ein Bericht gewünscht wird, und der Psychiater und Psychotherapeut würde in jedem Fall eine Rückmeldung machen, und sei dies nur, um mitzuteilen, der Patient habe kein Einverständnis zu einer Weitergabe von Informationen gegeben.

Dass die Rückmeldungen immer spärlicher ausfallen, je länger eine psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung läuft, ist sicher zutreffend. Bei einer Abklärung können

eine Diagnose gestellt und begründet sowie psychopharmakologische Behandlungsempfehlungen gemacht werden. Wenn aber ein eigentlicher psychotherapeutischer Prozess in Gang gekommen ist, wird eine Rückmeldung schwieriger, weil dann intimere psychodynamische Zusammenhänge in den Vordergrund rücken. Wenn ein an einer Borderlinestörung leidender Mann in der Psychotherapie beginnt, von autodestruktiven Handlungen zu berichten und in langer Arbeit zunehmend von der Destruktivität Abstand gewinnen kann, ist all dies noch derart beschämend, dass eine «Information nach aussen» den begonnenen Prozess gefährden könnte. Mit der Zeit entsteht eine Gewöhnung, eben ein Reflex – in der Regel keine entsprechenden Informationen weiterzugeben ...

Was wir Psychiater als Wünsche haben? Ich bin geneigt, zu sagen, in dieser Hinsicht seien wir bescheiden. Die persönlichen Zuweisungen von Hausärzten erlebe ich als Psychiater als Anerkennung, dass offenbar auch schon Behandlungen bei anderen Patienten als hilfreich, erfolgreich eingeschätzt wurden. Grundsätzlich glaube ich, dass es verschiedene Wünsche gibt und deshalb der persönliche Kontakt am wichtigsten ist. Ich weiss auch von verschiedenen Hausärzten, was die spezifischen Wünsche sind (oder meine, es zu wissen...). Ein Wunsch bleibt: Das Klischee fahren zu lassen, Psychiater seien schlecht erreichbar und nähmen keine kurzfristigen Anmeldungen für Kriseninterventionen entgegen. Dies war wohl einmal so, ist aber im Wandel begriffen und für viele KollegInnen nicht mehr zutreffend.

Zu ihrer Frage nach dem bevorzugten Kommunikationsweg: Telefon, Fax, e-mail: War es einfacher, als es nur die Post gab? Oder ist nun heute alles einfacher, wo wir neben der Post auch Fax, Telefon und e-mail haben? Und die Frage der Sicherheit? Ich kommuniziere nicht gerne über e-mail Datenschutz. Auch Fax ist ja heikel, ich verwähle mich und schon landet die Info im schlimmsten Fall auf einem anderen Faxgerät. Die Listen aber existieren und können sicher zur Verfügung gestellt werden.

Für Ihre letzten Sätze möchte ich Ihnen danken, insbesondere für Ihre Haltung, bei den PatientInnen keine unrealistischen Erwartungen zu schüren. Dies halte ich für eine der wichtigsten Voraussetzungen unserer gemeinsamen Aufgabe.»

Aus dem Vorstand BS

Trust Center

Die MedGes-Mitgliederversammlung vom 20.6.2002 hat den Projektierungskosten für das in Zusammenarbeit mit der AeGBL zu realisierende Trust Center (TC beider Basel) zugestimmt. Damit ist die Ärzteschaft der Regio dem Ziel einen Schritt nähergekommen, bis spätestens zum Zeitpunkt der Einführung von Tarmed mit den Kassen Datenparität zu erlangen. Dies bringt Vorteile: bei der Früherkennung des Kostenverlaufs zum Zeitpunkt der Tarmed-Einführung, in Verhandlungen mit Versicherern und den Kantonen wie auch bei allfälligen Auseinandersetzungen in Wirtschaftlichkeitsverfahren. Nach Konkretisierung des Projekts wird die Mitgliederversammlung im Frühling 2003 über das weitere Procedere beschliessen.

Dienstleistungs-Ersatzabgabe

Des weiteren hat die Mitgliederversammlung mit grossem Mehr der Einführung einer Ersatzabgabe für Notfalldienstpflichtige im Allgemeinen Notfalldienst der MedGes zugestimmt, welche nicht in der Lage sind, ihren Dienst reglementsgemäss zu leisten. Die Höhe der Ersatzabgabe richtet sich nach den Gründen für die vom Vorstand zu erteilende Dispens. Damit soll eine Gleichbehandlung aller dienstpflichtigen Ärztinnen und Ärzte erreicht werden.

Grippe-Impfkampagne mit den Basler Apothekern

Der Vorstand unterstützt die gemeinsame Impfkampagne mit den Basler Apothekern im Herbst 2002.

Zulassungsbeschränkung für junge Ärztinnen und Ärzte

Der MedGes-Vorstand zeigt sich gegenüber dem VBAO in der Haltung gegen die Zulassungsbeschränkungen (KVG Art. 55a) solidarisch und fordert die Mitglieder auf der MedGes-Website zur Solidarität mit dem VBAO auf.

Der Vorstand war am Aktionstag des VSAO am 27.6.2002 durch ein Mitglied an der Aktion des VBAO vertreten. Stellvertretend für den Präsidenten des VBAO, Herrn Eric Odenheimer hatte zuvor schon Frau Esther Bühler, Vorstandsmitglied des VBAO, an der Mitgliederversammlung vom 20.6.2002 gesprochen und für ihre Ausführungen Applaus erhalten: die Zulassungsbeschränkung sei ein Affront gegen junge Ärztinnen und Ärzte, sie werde die Kostensteigerung im Gesundheitswesen nicht verhindern. Hierfür seien der medizinische Fortschritt, neue Pflichtleistungen und die Entwicklung der Altersstruktur und die gestiegenen Gesundheitsansprüche der Bevölkerung verantwortlich. Zudem sei das vom Bundesamt für Sozialversicherung BSV verwendete Zahlenmaterial in vielen Bereichen veraltet, unexakt, ja sogar falsch. Die bürokrati-

sche Massnahme führe nicht nur kurzfristig zur Verschleuderung von Steuergeldern, sondern mittelfristig zu einer Gefährdung der medizinischen Versorgungssicherheit, der heute sich in vielen Fachrichtungen abzeichnende Ärztemangel werde sich beschleunigen.

Zusammenarbeit mit MedGes/VBAO

Der Vorstand erachtet die Schnittstelle zwischen Spital und Praxis als sehr wichtig. Junge Ärztinnen und Ärzte sollen beim Übertritt vom Spital in die Praxis unterstützt werden (Tutoriat). Gemeinsame Wege betreffend Praxiseröffnungen sollen diskutiert werden. Ausserdem soll geprüft werden, ob die MedGes-Mitglieder das Dienstleistungsangebot des VBAO mitnutzen könnten.

Rechnungsstellerstatistik 2000/2001 (ehemals «Konkordatsstatistik»)

Die Rechnungsstellerstatistiken für die Jahre 2000 und 2001 stehen für die Mitglieder der Ärztesgesellschaft BL und der Medizinischen Gesellschaft BS bei der Santésuisse Basel zur Verfügung. Gemäss Abklärungen mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten dürfen die Statistikdaten nur dem Gesuchsteller persönlich abgegeben werden. Ärztinnen und Ärzte haben nun die Möglichkeit, ihre persönlichen Statistikdaten bei der Santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, CH-4002 Basel, schriftlich anzufordern. Bitte beachten: 1. Die ZRS-Nr. (= «Konkordatsnummer») vermerken. 2. Rückadressiertes und frankiertes Couvert beilegen.

Aus dem Vorstand BL

Zulassungsstopp

Der Vorstand hat sich kurz vor den Sommerferien eingehend mit der bundesrätlichen Verordnung befasst, welche neuen Leistungserbringern die Abrechnung über die obligatorische Krankenversicherung verbietet. Er ist der Meinung, dass die Massnahme nicht dazu beiträgt, den Kosten-

anstieg im Gesundheitswesen zu bremsen. Statistische Grundlagen und Bedarfsberechnungen fehlen, was sogar das Bundesamt für Sozialversicherungen im Kommentar zur Verordnung offen zugibt! Dennoch ist die Verordnung am 4. Juli 2002 in Kraft gesetzt worden. Zuvor haben Presseberichten zufolge gesamtschweizerisch 1600 Ärz-

te ein Gesuch zur Praxiseröffnung eingereicht – so viele wie sonst in mehreren Jahren. Allein deshalb ist der Zulassungsstopp wohl bereits obsolet, resp. könnte paradoxerweise zum Gegenteil führen: Eine grosse Zahl Praxen werden aufs Mal eröffnet. Bei Redaktionsschluss Mitte Juli ist noch vieles offen. Die FMH wird ein Gutachten über die Rechtmässigkeit der Verordnung veranlassen, greift sie doch an das verfassungsmässige Recht der Handels- und Gewerbefreiheit. Auch von Streikdrohungen seitens des VSAO ist die Rede. Zudem liegen die letztlich entscheidenden Zahlen, auf welche sich der «Bedarf» stützen soll, wahr-

scheinlich bis Ende September nicht vor, was zu grösseren Umsetzungsproblemen führen kann. Mit Rekursen ist zu rechnen. Diese müssten sich an den Regierungsrat richten.

Gespräche mit der Regierung

Aus aktuellem Anlass (Zulassungsstopp) hat eine Delegation des Vorstands mit Herrn Regierungsrat Straumann eine ausserordentliche Sitzung durchgeführt, welche trotz des schwierigen Themas in gewohnt guter Atmosphäre stattfand. Es konnten die Anliegen der Ärztesgesellschaft Baselland bei der Umsetzung der bundesrätlichen Verordnung eingebracht werden. So soll es zwar vorläufig gar keine neuen Praxisbewilligungen mehr geben. Ausnahmen könnten aber bei Praxisübergaben, Anstellung von Assistenten und bei Unterversorgung in einzelnen Spezialitäten gemacht werden. Der Bedarfsnachweis wäre vom Gesuchsteller zu erbringen. Die Umsetzung wird mit den anderen Nordwestschweizer Kantonen (BS, AG, LU, BE) koordiniert.

Pressekonferenz der AeGBL

Im Anschluss an die GV vom 6. Juni 2002 hat eine Pressekonferenz stattgefunden. Themen waren die kurz zuvor in Kraft ge-

tretenen Bilateralen Verträge mit der EU, die Medikamentenabgabe in der Praxis und die Abschaffung des Kontrahierungszwangs. Leider deckten sich die nachfolgend erschienenen Artikel nicht mit unseren Aussagen. Wir hatten versucht, die Gefahr eines Masseneinstroms von ausländischen Ärzten in eher beruhigendem Sinne zu interpretieren, was von der Presse quasi als Einladung, sich in unserem Kanton niederzulassen, interpretiert wurde. Dem ist selbstverständlich nicht so. Erst recht nicht, nachdem der Zulassungsstopp zu einer kontraproduktiven «Gesuchsschwemme» geführt hat. Das Risiko einer eigenen Praxis trägt jeder selber. Es ist sicher nicht kleiner geworden.

Praxiseröffnung geplant?

Wir empfehlen allen, die in nächster Zeit – in welchem Kanton auch immer – eine Niederlassung planen, sich über die wirtschaftlichen Risiken und die Konkurrenzsituation Klarheit zu verschaffen. Schon vor der Gültigkeit der Bilateralen Verträge und vor dem Zulassungsstopp war es nicht unbedingt leicht, eine Praxis zu eröffnen. Jetzt erst recht nicht! Die Ärztesgesellschaft Baselland ist zwar bereit, auch neuen Mitgliedern jede Hilfe zukommen zu lassen. Bedarfsplanung und Beratung bezüglich

der Niederlassung kann und will sie allerdings nicht zu ihren Aufgaben zählen. Die Aussage der Santésuisse, wer eine Zahlstellenummer habe (früher Konkordatsnummer), habe den «Schlüssel zum Paradies», ist eine groteske Fehleinschätzung!

Ärzterating durch Krankenkasse: unzweckmässig

Demnächst wird die Krankenkasse Helsana ein gross angelegtes «Ärzterating» in weiten Teilen der deutschen und welschen Schweiz sowie dem Tessin lancieren. Der Vorstand, welcher sich auf Informationen über das Vorprojekt im Kanton Bern stützt, ist der Meinung, dass sich die Ärzteschaft sehr wohl um Qualitätsbelange in Arztpraxen kümmern muss. Er erachtet es aber nicht als zweckmässig, einer Krankenkasse mittels Beantwortung von leistungsbezogenen Fragen Grundlagen zu verschaffen, welche zu Selektionskriterien und Ärzteslisten führen können, wie wir sie von der Swica bereits kennen. Er beurteilt das Projekt als PR-Massnahme im Konkurrenzkampf der Krankenkassen untereinander und in diesem Sinne als Schachzug im Hinblick auf die erhoffte Abschaffung des Kontrahierungszwangs.

Zum Artikel: «Was bringt ein Trust-Center» von Dr. L. Wagner, Synapse Ausgabe 3/Mai 2002

Als Allererstes möchte ich betonen, dass ich ein grosser Befürworter des elektronischen Abrechnungsverfahrens bin, ich benütze dies schon seit einiger Zeit selber und bin begeistert davon, wie gut dies klappt.

Zu bedenken ist allerdings, dass sich eine bestehende Institution, die dies in unserem (der Ärzte) Auftrag für uns machen soll (als virtuelle neue Firma), dies wohl wird zahlen lassen. Würde es nicht ausreichen, wenn wir die bestehenden mitbenützen (mit den normalen Benutzer-Gebühren wie bisher) und einfach mit klaren, von unseren Juristen überprüften Verträgen absichern, dass wir uneingeschränkten Zugang zu den von unserem ganzen Kollektiv abgelieferten Daten kriegen und umgekehrt niemand anders ohne unsere Zustimmung darauf

Zugriff hat? Da mit dem Tarmed eh das elektronische Abrechnen vorwärtsgetrieben wird, werden ja hoffentlich auch die Organe der FMH sich um klare Verhältnisse und verbindliche und einheitliche Umgangsformen in diesem Bereich bemühen.

Ein weiterer Punkt: statistisch stichhaltige und relevante Aussagen aufgrund der gesammelten Daten können wir nur dann selber machen, wenn alle (oder mindestens die ganz grosse Mehrheit) Ärzte mit diesem Ärzte-eigenen Center abrechnen. Es müssen unsere beiden Gesellschaften also einen Zwang einrichten, nur mit diesem Center zu verkehren. Wollen wir das? Gibt es nur noch eines, kann sich ein einzelnes Mitglied dem Druck des Monopolisten schwerlich entziehen. In der Konkurrenz-Situation kann

jeder zum Besseren überlaufen. Dies fördert die Qualität und senkt den Preis. Die Daten sind (da ja dann alle in elektronischer Form gespeichert) ganz einfach zu poolen und als Ganzes auszuwerten. (Das KK-Konkordat damals bzw. die Santésuisse jetzt schaffen dies ja sogar mit der Papier-Form von sehr vielen unabhängigen Krankenkassen – allerdings nur ohne unsere Kontrolle.) Meiner Meinung nach würde ein «ärzte-eigener» Controller genügen, der überprüft, ob die von den Trust-Centern gelieferten Daten stimmen und nicht zugunsten einer vorgefertigten Meinung hingebogen wurden.

*Dr. med. U. Thommen,
Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Basel*

Replik:

Lieber Herr Kollege Thommen,

ich kann Ihnen versichern, dass wir das Rad nicht neu erfinden wollen. Selbstverständlich kennen wir unsere Grenzen als Ärzte und haben auch schon bei der Projektierung die Unterstützung betriebswirtschaftlich und EDV-geschulter Fachkräfte. Ziel unseres Trust-Centers ist es in erster Linie,

Datenparität mit den Kassen zu erreichen. Nur so können wir die Zahlen der Kassen plausibilisieren, unsere Verhandlungsposition stärken und damit faire Verhandlungsergebnisse erreichen. Zum Datenumfang der Kassen: Es ist ein Fehler zu glauben, die Kassen verfügten über 100% der erstellten Rechnungen. Sie sind weit entfernt von diesem Ziel. Statistisch signifikante Zahlen genügen. Dies gilt auch für uns. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. Einem eigenen

Trust-Center können wir nicht nur vertrauen, wir können es auch kontrollieren. Die bestehenden «Trust-Centers» gehören meist jetzt schon den Kassen, deshalb braucht es ein eigenes Trust-Center.

*Dr. med. Roland Schwarz,
Vizepräsident AeGBL*

«Helsana kündigt Hausarzt- versicherung mit dem Hausärzte- verein Angenstein (HVA)» von Dr. med. Hanspeter Merz, Synapse Ausgabe 3/Mai 2002

Mit Bedauern musste ich feststellen, dass einmal mehr Medizin durch einen spezialisierten Facharzt mit teurer Medizin gleichgesetzt wird (Zitat: «... und mit dem direkten Gang zum Spezialisten – oder zu mehreren – teure Untersuchungen beanspruchten.»)

Ich möchte festhalten, dass sowohl der Grundversorger (inkl. Mitglieder des Hausärztereins Angenstein) als auch der Spezialist nach genau demselben Tarifkatalog abrechnen. Primär sind also die Voraussetzungen identisch. In welcher Form dann eine weitere Abklärung zu erfolgen hat, hängt – so hoffe ich für alle – in erster Linie vom medizinischen Problem und selbstverständlich dann auch vom jeweiligen Erstuntersucher ab. Die Möglichkeit zur «teuren» oder zur «billigen» Medizin ist also

dem Grundversorger und dem Spezialisten in gleicher Weise geboten. Im Übrigen möchte ich nur auf die Studie hinweisen, in welcher gezeigt werden konnte, dass der Patient, welcher direkt einen Pneumologen aufsuchte, der kostengünstigere war. Dieser Hinweis nur, um vielleicht einmal darüber nachzudenken, ob es wirklich notwendig ist, die Spezialisten immer wieder ins Visier zu nehmen.

Es spricht nicht gerade von grosser Kollegialität, in einem Schreiben des Vorstandes des HVA an Patienten, die Spezialisten als teure Ärzte zu diffamieren. Wenn es um Diskussionen z.B. betreffend allgemeinem Notfalldienst geht, wird immer wieder die Solidarität angesprochen. Wie kann diese bei einem solchen Vorgehen noch erwartet werden?

Im Beitrag von Kollege Merz wird vom «mustergültigen» Patienten gesprochen. Ich frage, wo bleibt der «mündige» Patient? Ist jeder Patient, welcher seine freie Wahl wahrnimmt, ein «schwarzes Schaf»? In welcher anderen «freien» Berufsgattung gibt es eine – vom Kollegen Merz geforderte – Limitierung des freien Zugangs? Ich möchte diese Replik als Gedankenanstoss verstanden wissen, um gewisse Pauschalierungen zu verhindern, welche einer konstruktive Zusammenarbeit nicht förderlich sein können.

Dr. med. Markus Rothweiler,
Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Aesch,
Spezialarzt im Einzugsgebiet
des Hausärztereins Angenstein

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

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

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

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

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

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

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

Konzept

Schaffner & Conzelmann AG, Basel

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzterverlag 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



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