



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

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

30 Jahre Bruderholzspital

Hans Kaufmann, Spitalverwalter,
Kantonsspital Bruderholz

Das Kantonsspital Bruderholz hat am 15. Oktober 1973 den Betrieb aufgenommen. Sein Entstehen entsprang einer klaren Notwendigkeit. 1970 lag der Selbstversorgungsgrad der Baselbieter Bevölkerung bezüglich der stationären Spitalbehandlung deutlich unter 50%. Die verantwortlichen Behörden von Basel-Stadt wiesen bereits 1965 darauf hin, dass ihre öffentlichen Spitäler die Baselbieter Patienten künftig nicht mehr im bisherigen Ausmass aufnehmen könnten. Mit dem starken Bevölkerungswachstum namentlich im unteren Kantonsteil und den rasch steigenden Hospitalisierungsbedürfnissen wurde es für die Regierung unverant-

wortlich, die stationäre Versorgung weiterhin schwergewichtig auf die Nachbarkantone abzustützen.

Das Spital wurde auf Grund der damals gültigen Betriebskonzepte mit einer limitierten Zahl von Behandlungs- und Untersuchungsräumen und primärer Ausrichtung auf die stationäre ärztliche und pflegerische Behandlung bei relativ langer Aufenthaltsdauer gebaut. Die heutigen infrastrukturellen Voraussetzungen für optimale Behandlungsprozeduren haben sich stark geändert. Immer mit Blick auf den Patienten im Zentrum galt es, der vermehrten Spezialisierung, Interdisziplinarität und den an

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Aus dem Alltag eines Clubarztes 4
- Die Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten – Anlaufstelle für alle Patienten mit chronischen Schmerzen 8
- Healthy Aging 10
- Abklärung und Behandlung psychotischer Frühphasen: Ein Jahr Spezialsprechstunde Bruderholz 11
- Die IV ist eine EINGLIEDERUNGSVERSICHERUNG 12
- Personalversicherungen in der Praxis 15
- MedIndoors 2003: Start am 15. November 2003 16
- Aus dem Vorstand BL 17
- Aus dem Vorstand BS 17
- Doktor Knochen zwischen Werbe- und Tele-Evidenz 18

Editorial

Das Wachstum einer gesunden Industrie

Franz C. Widmer, Chefredaktor
Basellandschaftliche Zeitung, Liestal

«Gesundheit noch teurer» titelte die «Basler Zeitung». Ebenso lapidar lautete die Überschrift in der «bz»: «Sparen wollen alle – aber wie?» Klare Antworten hatte am Muttenzer Podium der Ärztesgesellschaft niemand. «Gesundheitspolitik zwischen Wunsch und Wirklichkeit» – so hiess bloss das Thema. Der Wunsch nach einer Senkung der Gesundheitskosten

wurde zwar wieder einmal laut. Doch er ist und bleibt ein frommer. Die Wirklichkeit ist anders: Die Kosten werden immer steigen. Dafür sorgt erstens die Demographie: Wir werden älter und im Alter «teurer». Zweitens wird die Technik ständig Fortschritte machen, und Fortschritt kostet.

Beide Faktoren, das längere Leben und die bessere medizinische Versorgung, sind in erster Linie und vor allem erfreulich. Das sieht die grosse Mehrheit der Bevölkerung auch so. Sie weiss, dass wir uns – nach dem allherbstlichen Murren über die Prämienerrhöhungen das weltweit beste Gesundheitssystem

leisten. Und über Geld redet man nicht, wenn man Arzt und Spital braucht.

Das heisst nicht, dass wir uns nicht Gedanken über Spar-Möglichkeiten machen sollen. Es gibt sie, insbesondere im Spitalwesen. Auf der andern Seite aber fehlt mir im ganzen Gesundheitskostenlamento ein ganz anderer Aspekt: Jede Branche wäre stolz auf das Wachstum (auch der Arbeitsplätze) und die Fortschritte, wie sie die Gesundheits-Industrie leistet. Das senkt zwar die Kosten nicht, ist aber ökonomische Realität. Darauf muss man auch bauen.



Bedeutung gestiegenen Querschnittsfunktionen Rechnung zu tragen. Mit verschiedenen An- und Ergänzungsbauten, insbesondere der neuen Notfallstation sowie mit Provisorien gelang es, mit den steigenden infrastrukturellen Erfordernissen einigermassen Schritt zu halten. Eine umfassende Sanierung und bauliche Anpassung des Spitals steht jedoch an, was nach 30 Jahren Betriebszeit keineswegs verwundert. Dazu wurden bereits umfangreiche Vorarbeiten geleistet. Angesichts der knappen Staatsfinanzen und steigender Gesundheitskosten wurde im Hinblick auf den hohen Investitionsbedarf folgerichtig zuerst eine neue regionale Spitalplanung in Gang gesetzt. Seitens des Regierungsrates Basel-Landschaft wurden vorübergehend bestandene Zweifel am Fortbestand des Bruderholzspitals ausgeräumt und es wurde signalisiert, dass das Haus weiterhin die zentrale Rolle für die erweiterte Grundversorgung des unteren Baseltbietes erfüllen solle. Das Bekenntnis zum Fortbestand unseres Spitals drückt sich auch in der bewilligten und in Realisierung befindlichen Erweiterung der Parkierungsanlage und in der neuesten Landratsvorlage für dringende Infrastrukturmassnahmen aus. Die medizinisch-technische Ausrüstung des Hauses weist einen hohen Stand auf, da einer rechtzeitigen Modernisierung stets grosse Bedeutung zugemessen wurde.

Das Spital erbringt jährlich rund 140 000 Pflegetage und behandelt ca. 12 000 Patienten stationär. Es beschäftigt rund

1400 Mitarbeitende inkl. Personal in Ausbildung. Als praktische Ausbildungsstätte für angehende Ärztinnen und Ärzte sowie für Pflege- und andere Gesundheitsberufe leistet das Spital einen wichtigen Beitrag, um die Gefahr der künftigen Verknappung der Health Professionals zu vermindern.

Unser 30-jähriges Jubiläum feiern wir in eher bescheidenem Rahmen. Umso grösser ist unsere Dankbarkeit für das Vertrauen, das uns jederzeit von Seiten der Bevölkerung, der zuweisenden Ärzte und der vorgesetzten Behörden entgegengebracht wurde. Wir fühlen uns verpflichtet und sind gewillt, auch in Zukunft als medizinisch-pflegerisches Kompetenzzentrum mit kompetenten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die in uns gesetzten Erwartungen zu erfüllen.

Ein ganz besonderer Dank gilt Ihnen als frei praktizierende Ärzte der Region. Die enge Zusammenarbeit zwischen Ihnen und unseren Spitalärzten intensiviert

sich ständig. Dank unserer überblickbaren Verhältnisse und der Tatsache, dass unser Spital bei vielen von Ihnen seinerzeit Ausbildungsstation war, sind die Kontakte direkt und unkompliziert. Eine bereits institutionalisierte Brückenfunktion erlangten unsere jährlichen klinischen Fortbildungstage (KLIFO), an welchen im Juni dieses Jahres auch auf Wunsch vieler Teilnehmenden die Zusammenarbeit und die Interaktionen zwischen Ihnen und dem Spital engagiert und mit vielen guten Ideen thematisiert wurden. Unseren gemeinsamen Dienst am Patienten können wir künftig nur über eine noch stärkere Vernetzung qualitativ hochstehend und kostengünstig erbringen.

Im Namen der Spitalleitung, seiner Ärzteschaft und aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter danke ich Ihnen für die gute Zusammenarbeit und das entgegengebrachte Vertrauen und freue mich auf die gemeinsame Bewältigung der Herausforderungen der nächsten Zukunft.



Aus dem Alltag eines Clubarztes

Dr. med. Markus Weber, Clubarzt FC Basel, Aesch

Der FC Basel hat sich im Juni 2002 entschlossen, die sportmedizinische Betreuung mit einem anderem Konzept weiterzuführen: anstelle eines Sportarztes, welcher zu 50% angestellt war, übernahm nun ein Team die Betreuung der Fussballspieler. Als Rheumatologe und Sportmediziner arbeitete ich schon seit Jahren mit Fussballern, insbesondere war ich Mitglied der Medizinischen Kommission des Schweizerischen Fussballverbands und Arzt der U 15/16 Nationalmannschaft.

Das Medico-Team

Von Anfang an war klar, dass ich als praktizierender Arzt nur mit der Unterstützung eines kompetenten Teams Clubarzt sein kann. Mein Praxispartner, der Orthopäde Dr. Markus Rothweiler ist mein primärer Stellvertreter. Die Orthopädische Klinik des KS Bruderholz unter Prof. Niklaus Friederich unterstützen uns mit einem 24h-Hintergrunddienst. Für spezielle sportmedizinische Fragestellungen und v.a. für die Leistungsdiagnostik können wir auf die grosse Erfahrung der Muttener Rennbahnklinik (Dres. Jenoure und Segesser) zählen. Die allgemeinmedizinische Betreuung der Spieler erfolgt, wie seit vielen Jahren, durch Dr. Felix Marti aus Muttenez. Mit diesem sog. *medico-team des FCB* bieten wir dem Club eine breite sportmedizinische Betreuung rund um die Uhr an.

Eine der ersten Massnahmen, welche ich einführte, war das sog. FCB-Handy: eine spezielle Handy-Nummer, die einen sofortigen Zugang zum betreuenden Ärzteteam gewährleistet. Dieses Handy wird im Alltag sehr rege benützt, primär von den behandelnden Physiotherapeuten beim FCB selber, wenn sich z.B. ein Spieler im Training verletzt, aber auch zur Besprechung therapeutischer Möglichkeiten. Die Spieler selber benützen diese Nummer z.B. wenn sich Beschwerden nach dem Training plötzlich verstärken, oder wenn sie allgemeine sportmedizinische Fragen haben.

Zusammenarbeit mit Spielern, Vereinsleitung und Medien

Die Anspruchshaltung im Spitzensport ist sehr hoch. Wenn Abklärungen nötig sind, so sind dies *meist notfallmässige Massnahmen*: Die Spieler kommen dann oft zuerst zu mir für eine Triage in die Sprechstunde, damit wenn nötig weitere Abklärungen (z.B. MRI, Ultraschall, spezialärztliche Untersuchungen) in die Wege geleitet werden können. Der Informationsfluss an die betreuenden Personen vor Ort (drei zu 100% angestellte Physiotherapeuten, ein Konditions- und Rehatrainer) und an den Chefcoach muss immer gewährleistet sein. Diese Gesamtkoordination ist ein wesentlicher Teil meiner Alltagsarbeit, sie ist aber ausser kaum wahrnehmbar.

Die Zusammenarbeit mit dem Chefcoach ist sehr wichtig, ich informiere ihn stets über den Gesundheits- und v.a. über den Einsatzzustand der Spieler. Oft muss eine Gratwanderung gemacht werden zwischen dem Anspruch der Spieler, möglichst schnell wieder eingesetzt zu werden und der notwendigen Rehabilitationszeit. Die Spieler selber unterschätzen dabei oft die Relevanz ihrer Verletzung! Hier ist eine gute Führung und Information sehr wichtig.

Im Profisport ist die Medienarbeit nicht unbedeutend. Der Clubarzt muss immer wieder Auskunft über den Gesundheitszustand der Spieler geben, wobei die Informationen nur dosiert vermittelt werden, einerseits um die Privatsphäre der Spieler zu schützen, andererseits auch aus taktischen Gründen, um den Gegner nicht verfrüht über allfällige Absenzen in unserem Team in Kenntnis zu setzen ...!

Betreuung der Mannschaft vor, während und nach dem Spiel

Meine fixen Einsätze bei der Mannschaft bestehen – meistens am Donnerstag morgen – aus einer zweistündigen Visite in der Kabine, wo eine allg. Beurteilung durchgeführt wird, der Betreuung während des Spiels sowohl zu Hause als auch



auswärts, und am Tag nach einem Spiel nochmals aus einer einstündigen Visite im St. Jakob-Park. Gerade nach Auswärts-spielen kommt man oft erst um Mitternacht nach Hause, und am Sonntag morgen um neun Uhr ist man bereits wieder bei den Spielern in der Kabine! Die zeitliche Belastung am Wochenende ist psychologisch gesehen manchmal belastend, da unter der Woche ein normaler intensiver Praxisalltag besteht. Es fehlt dann zeitweise am Wochenende die Regenerationszeit! Man darf nicht unterschätzen, was die Ärzte des medico team – die einzigen im unmittelbaren Umfeld der Mannschaft – mit einer eigenen, meist selbstständigen beruflichen Tätigkeit zusätzlich leisten! Funktionäre im Fussball denken oft, dass Sportärzte ja am Wochenende eh nichts anderes machen würden als Sportler betreuen und dass doch eine 7 Tage Woche normal sei ... Der FC Basel kann auch hier als Vorbild dienen, denn er hat verstanden, dass eine professionelle sportmedizinische Betreuung mit diesem grossem Aufwand nicht mehr ehrenamtlich betrieben werden muss, sondern auch honoriert werden muss. Natürlich sind Aufwand und Ertrag nicht ausgeglichen, aber ohne selber «fussballverrückt» zu sein und dementsprechend Abstriche im privaten Alltag zumindest vorübergehend zu akzeptieren, muss niemand diesen Job übernehmen wollen!

Das Highlight der sportärztlichen Arbeit ist natürlich die Spielbetreuung. Da die Mannschaft bei Auswärtsspielen schon am Vortag abreist, muss ich meistens alleine an den Spielort und zurück fahren, was oft mit mehreren Stunden Autofahrt verbunden ist. Da bin ich nicht unglücklich, dass das Wallis und das Tessin zur Zeit nicht in der Super League vertreten sind. *Vor dem Spiel* müssen einzelne Spieler evtl. kurz beurteilt werden. Die «berühmte» Spritze vor dem Spiel ist eine Rarität und wird nur als reine Analgesie bei sicher stabilem Kapselbandapparat eingesetzt, z.B. bei einem schmerzhaften AC-Gelenk nach einer Kontusion oder bei Vorfussprellungen. Sonst versuche ich mich vor dem Spiel möglichst «unsichtbar» zu machen, damit die Konzentration der Spieler nicht gestört wird. *Während des Spiels* muss ich zusammen mit dem Physiotherapeuten verletzte Spieler auf oder neben dem Feld behandeln. Hier sind oft heikle Entscheidungen zu treffen: kann der Spieler noch weitermachen oder nicht? In der Pause befrage ich jeden Spieler kurz, werden verletzte Spieler beurteilt und durch die Physiotherapeuten auch behandelt. *Nach dem Spiel* gehen wir gleich vor, die wichtigste Beurteilung findet dann – wie erwähnt – meistens bei der Visite am folgenden Morgen statt. Schon oft kamen Verletzungen erst dann richtig zum Vorschein. Sofortige Abklärungen am Wochenende werden über das Bruderholzspital durchgeführt.

Neben den Meisterschaftsspielen finden auch immer mehr Freundschaftsspiele statt, da der Chefcoach den Spielrhythmus hochhalten möchte, auch hier ist Flexibilität angesagt, da diese Termine oft sehr kurzfristig mitgeteilt werden. In der vergangenen Saison absolvierten wir insgesamt sechzehn (!) Europacupspiele. Hier muss immer ein Arzt mitreisen, d.h. die Praxis bleibt dann während knapp drei Tagen geschlossen, da die An-

reise an den Spielort immer am Vortag vormittags stattfindet. Das gleiche gilt für Trainingslager, die, wie im Januar dieses Jahres mehr als zwei Wochen dauern können!

Prävention ist auch im Spitzensport wichtig!

Prävention im Spitzensport ist sehr wichtig. Wir versuchen, die Spieler bzgl. optimaler Ernährung und Flüssigkeitsersatz immer wieder zu informieren. Die Spieler erhalten Ernährungszusätze wie Kohlenhydratprodukte, um die leeren Energiespeicher möglichst schnell und optimal zu füllen, auch Magnesium-/Vitaminprodukte werden regelmässig eingesetzt. Bei den so warmen Temperaturen der letzten Monate war es oft das Wichtigste, dass genug getrunken wurde, denn bei 2–3 kg Körpergewichtsverlust nach einer Trainingseinheit (!) müssen anschliessend 3–4 Liter Flüssigkeit eingenommen werden! Die Leistungsdiagnostik in der Rennbahnklinik wird ein bis zwei Mal jährlich mit dem ganzen Team

durchgeführt und gibt dem Rehatrainer und dem Chefcoach wichtige Hinweise über den Trainingszustand. Potentielle neue Spieler führen stets einen solchen objektiven Leistungstest durch. Alle Testspieler werden sportmedizinisch abgeklärt, damit wir dem Vorstand mitteilen können, ob aus unserer Sicht irgendwelche Einwände gegen eine Verpflichtung bestehen.

Zuständig für allgemeinmedizinischen Probleme und in diesem Sinne «Hausarzt» des FCB ist wie seit vielen Jahren Dr. Felix Marti. Aufgrund seiner grossen Erfahrung und seiner jahrelangen Präsenz ist er ein wichtiger Ansprechpartner und eine Vertrauensperson für die Spieler.

Abschliessend möchte ich betonen, dass aus meiner Sicht ohne eine sehr gute *interdisziplinäre Zusammenarbeit mit meinen Kollegen im Team* heute im Spitzensport eine clubärztliche Betreuung nicht mehr optimal durchgeführt werden kann.



Leserbriefe

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

Die Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten – Anlaufstelle für alle Patienten mit chronischen Schmerzen

Felix K. Gysin, Präsident VSP, 4058 Basel

Um was geht es?

Bekanntlich wurden in Bezug auf die Behandlung chronischer Schmerzen in den letzten Jahren grosse Fortschritte erzielt. In den meisten Ländern gibt es bereits die entsprechenden Fachtitel. Leider sind wir in der Schweiz noch nicht so weit. Inzwischen haben sich aber viele Ärzte – sei es dank einer adäquaten Ausbildung im Ausland oder durch Selbststudium – die nötigen Kenntnisse und inzwischen auch Erfahrungswerte angeeignet, so dass Patienten mit chronischen Schmerzen geholfen werden kann.

Wer sind wir?

Als Anlaufstelle für Patienten wurde die «Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten» gegründet, welche sich der Betroffenen in der ganzen Schweiz annimmt. Sowohl in persönlichen Gesprächen, mittels Internetauftritt, Dokumentationen und Veranstaltungen werden die Patienten über die Form der Krankheit und deren Therapierbarkeit aufgeklärt. Es werden auch entsprechende Adressen von Spezialisten abgegeben.

Die Initiative, die Vereinsgründung sowie das Präsidium hat ein Betroffener übernommen, welcher seit über 35 Jahren am eigenen Körper die verschiedensten Formen der Schmerztherapien erfahren hat und auf diese Weise in der Lage ist, die Betroffenen optimal zu beraten und vor allem auch zu ermuntern, nicht aufzugeben! Im Vorstand sind nebst den üblichen Chargierten die Ärzteschaft genau so vertreten wie die verschiedensten auf psychologischer Ebene arbeitenden Therapeuten. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass alle Möglichkeiten bei der Beratung der Betroffenen einbezogen werden; ebenso dürfen wir auch auf ein

grosses Netz von Fachkräften aller Art zählen.

Was wünschen wir uns?

Es ist äusserst wichtig, dass akute Schmerzen innert nützlicher Frist therapiert werden können. Gewiss wissen Sie, dass sonst bereits nach drei bis sechs Monaten die Chronifizierung des Schmerzes erfolgen kann. Konkret bildet sich bei diesem Vorgang im Kopf ein «Schmerzedächtnis», welches sich dann ständig an die starken akuten Schmerzen «erinnert». Diese chronischen Schmerzen – inzwischen als eigenständige Krankheit eingestuft – sind heute fast immer therapierbar, sofern für die entsprechende Person respektive deren Schmerz die geeignete Therapieform gefunden werden kann. Daher ist es unser grosses Anliegen, dass Sie als Arzt nicht zögern, Patienten mit Verdacht auf «chronische Schmerzen» so rasch wie möglich einem Spezialisten zuzuweisen oder ihn zumindest vorab auf unsere Organisation aufmerksam zu machen. Dass es äusserst wichtig ist, dass diese – oft verzweifelten – Menschen mit ihrer Schmerzsituation ernst genommen werden, ist Ihnen als Arzt gewiss selbstverständlich. Es ist sogar sinnvoll, die Patienten auf dieses von der Wissenschaft vor ein paar Jahren neu erkannte Krankheitsbild aufmerksam zu machen, da dann mit der entsprechenden Motivation des Betroffenen gerechnet werden darf.

Wie kann geholfen werden?

In den umliegenden Ländern ist – aufgrund der ersten Erfolge in den USA – die Krankheit bereits so bekannt, dass die entsprechenden Ärztekammern nach der diesbezüglichen Ausbildung Titel wie «Schmerzspezialist» oder «Schmerzklinik» offiziell vergeben. In der Schweiz sind wir noch nicht soweit. Immerhin

gibt es viele «Fachleute» für die Schmerzbehandlung – entweder mit Ausbildung im Ausland oder durch Erarbeitung des entsprechenden Wissens in unserem Lande.

Um den Betroffenen helfen zu können, hat die VSP, Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten – begleitet von verschiedenen Fachleuten – mittels einer landesweiten Umfrage eine Liste von solchen Ärzten respektive auch von psychologisch arbeitenden Therapeuten erstellt. Diese bestätigen, dass Sie während mehr als die Hälfte ihrer Tätigkeit chronische Schmerzpatienten behandeln.

Bekanntlich sind die Therapiemöglichkeiten weitreichend. Einerseits die Art des Schmerzes sowie dessen Ursprung und andererseits auch die Intensität und Regelmässigkeit des Schmerzes sind entscheidend für die zu wählende Therapieform. Dass auch die körperliche und psychische Verfassung des Patienten eine entscheidende Rolle spielt, brauche ich wohl kaum weiter zu erörtern.

Was ist unsere Rolle?

Selbstverständlich liegt es nicht in unserer Kompetenz, den Patienten die Therapieform sowie weitere Behandlungsmethoden vorzuschlagen. Nebst der Nennung von möglichen Spezialisten – stets zur Weitergabe an den Hausarzt bestimmt – versuchen wir vor allem, die Betroffenen zu motivieren, den oft nicht einfachen Weg einzuschlagen, bis die richtige Therapieform gefunden ist. Im weiteren stellen wir Kontakte zu Mitbetroffenen und/oder zu Selbsthilfegruppen her, geben allgemeine Informationen und Hilfsmittel wie Schmerzschieber, Schmerztagebuch zur Thematik «Leben mit chronischen Schmerzen» ab und fühlen uns befähigt – die meisten Patientengespräche werden von Be-

troffenen geführt –, auch über allfällige Nebenwirkungen/-erscheinungen bestimmter Therapieformen zu sprechen. Dies alles erfolgt unentgeltlich, wobei wir uns freuen, wenn man sich als kleine Gegenleistung entweder aus Betroffenheit oder auch nur aus Solidarität zu einer Mitgliedschaft beim VSP entschliessen kann.

Wieso bedanken wir uns?

Es ist nicht selbstverständlich, dass eine Patientenorganisation in weiten Kreisen so schnell so offen und positiv aufgenommen wurde, wie dies bei der VSP der Fall ist. Wir möchten uns daher bei allen Fachleuten bedanken, dass Sie durch Ihre Mitarbeit diese Akzeptanz kundtun, und hoffen, auf diese Weise einen wichtigen Beitrag im Gesundheitswesen zu leisten

– zumal eben durch optimale Beratung die Betroffenen auf dem kürzestmöglichen, also auch kostengünstigsten Weg schmerzarm werden dürfen!

Weitere Informationen auf www.schmerzpatienten.ch oder bei VSP c/o Felix K. Gysin, Klingental 5, 4058 Basel E-mail felix.k.gysin@datacomm.ch

Die Seite der GAMBA

Healthy Aging

Dr. med. P. Périat, Riehen

Im Editorial des SAMED vom Juli 2003 widmet sich Christine K. Cassel, MD (Oregon Health Sciences University School of Medicine) dem Thema «Healthy Aging». Trotz der besten Lebenserwartungsaussichten ihrer Geschichte seien die USA mit dem teuersten Gesundheitssystem der Welt punkto Mortalität an Diabetes, Inzidenz und Mortalität an Lungenkrebs, und punkto Inzidenz des Colon- und des Mammakarzinoms an erster Stelle. Bei der Mortalität dieser beiden Karzinome stünden die USA dank der fortschrittlichen Behandlung international jedoch gut da. Die Ärztin kritisiert dennoch, dass trotz gegenüber anderen Industriestaaten zwei- bis dreifachen Pro-Kopf-Ausgaben für Spitäler, Ärzte und Medikamente die amerikanischen Patienten weniger Zeit und Bemühung «for better health» aufwendeten. Die amerikanischen Ärzte würden nicht für das Erbringen von Leistungen zur Verhaltensverbesserung, die idealerweise die medizinische Behandlung begleiten sollten, bezahlt.

«In short, we cannot achieve good health with health care alone, however technologically sophisticated. Taking care of ourselves personally and our environment publicly are the keys to healthy aging. With that commitment, we can not only postpone death but also achieve dignity with age.»

Soweit der Artikel. Mehr Eigeninitiative und Selbstverantwortung sind also gefragt. Der Ball (oder der schwarze Peter) ist damit beim Patienten. Aber nicht nur: auch wir Ärzte könnten und sollten mit

Instruktion und Empowerment eine Verhaltensänderung bewirken und damit mehr zur Verbesserung der Volksgesundheit beitragen. Realistischerweise sieht Frau Cassel die Einführung einer Honorierung als Voraussetzung dieser kommunikativen Leistung.

Und In der Schweiz? Hausärzte haben nach den europäischen WONCA-Richtlinien auch kommunikative Aufgabe des Hinwirkens auf präventive Verhaltensveränderungen ihrer Patientinnen und Patienten. Von Hausärzten wird von der Gesellschaft, aber auch von den Spezialisten in Praxis und Spitätern erwartet, dass diese sie auch erfüllen. Hausärztliche Gespräche können nicht nur eine Verhaltensänderung induzieren, sondern auch herausfinden, wieweit ein Patient fähig und motivierbar ist, von einer technischen oder kommunikativen Intervention der teureren Sekundär- und Tertiär-Medizin zu profitieren. Hier liegt das hausärztliche Sparpotential.

Wie steht es bei uns mit der Finanzierung dieser Tätigkeit? Die Verrichtung dieser Arbeit wird zwar erwartet, nur Geld kosten darf die Aufgabe nicht: Der relative Anteil der von Hausärzten erbrachten Gesundheitsleistungen ist in den letzten 3 Jahren von 10% auf 7% zurückgegangen. Es wird alles getan, damit der Kostenanteil der Hausärzte nicht grösser wird. Kostenneutralität wird verlangt, sonst wird von Mengenausweitung gesprochen. Für diese zusätzlichen Aufgaben benötigen wir logischerweise mehr Sprechstundenzeit. Im Gegensatz stiegen im gleichen Zeitabschnitt die ambulanten Spital-

kosten, die Krankentransportkosten und die Medikamentenkosten, zwar begleitet durch etwas Kritik und Alibiübungen wie z. Bsp. die Substitution von Originalpräparaten durch Generika, im Wesentlichen ungehindert weiter. Diesen Leistungen ist gemeinsam, dass sie von Lobbies unterstützt werden, während kommunikative Leistungen eben keine Lobby haben. Wie passt das zu den ursprünglichen Zielen des TARMED, in dem explizit die stärkere Gewichtung der ärztlichen intellektuellen Tätigkeit gegenüber der ärztlich-technischen Tätigkeit angekündigt wurde? Jetzt sind diese ursprünglichen Ziele unterlaufen – durch mehrheitlich technisch tätige Kollegen, die über kurzsichtige und/oder ahnungslose Politiker von den oben genannten Lobby's als Zulieferer unterstützt wurden.

Wenn heute jemand nicht nur an Macht und Geschäft des Gesundheitsmarkts, sondern wirklich an der Gesundheit der Bevölkerung interessiert ist, dann orientiert er sich wieder an der Basis. Er wird bald merken, dass dazu die Sicherung der Existenz der Hausärzte und die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen gehört. Der Beruf des Hausarztes ist unter den bestehenden Bedingungen speziell für Jungärzte nicht mehr attraktiv. Das Interesse am Ergreifen des Berufs des Hausarztes sinkt. Die Zahl der Hausarztpraxen steigt, die keinen Nachfolger finden. Wer geht schon ein unternehmerisches Risiko ein, wenn er bei gesichertem Lohn im Spital etwa gleich viel verdient? Wir steuern langsam aber sicher auf einen Hausärzte-Mangel zu!

Abklärung und Behandlung psychotischer Frühphasen: Ein Jahr Spezialsprechstunde Bruderholz

Dr. med. Andor E. Simon, Oberarzt
Externe Psychiatrische Dienste Bruderholz

Seit anfangs September 2002 bieten wir an den Externen Psychiatrischen Diensten Bruderholz im Rahmen unserer Spezialsprechstunde eine Abklärung und Behandlung psychotischer Frühphasen an (s. Synapse Nr. 6, Oktober 2002). In einer mehrmonatigen Sensibilisierungsphase wurde im letzten Herbst ein Grossteil der Hausärzte des Kantons Baselland einzeln oder in Kleingruppen über die frühen Warnsymptome einer beginnenden Psychose informiert (s. Kasten). Hausärzte werden von Menschen mit beginnenden Psychosen am häufigsten erstkontaktiert (Lincoln et al. 1998). Gleichzeitig gehören beginnende Psychosen zu jenen Krankheitsbildern, die in der individuellen hausärztlichen Praxis mit einer sehr geringen Prävalenz vorkommen (Simon & Umbricht 2003).

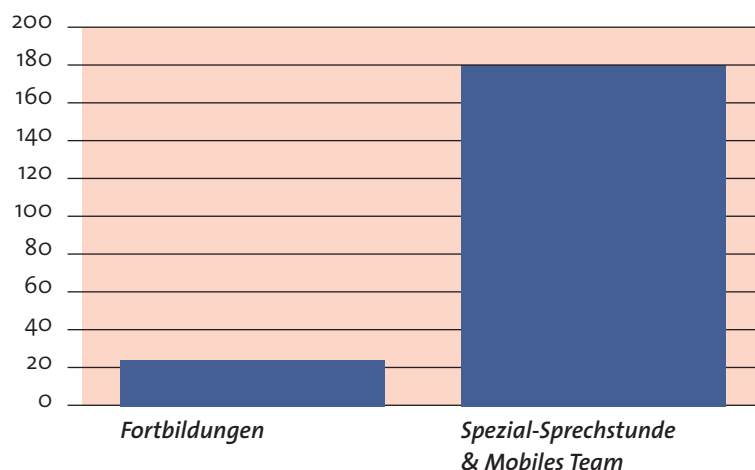
Wir empfehlen, dass bei Vorliegen eines Zustands, bei dem der Verdacht auf ein Psychose-Risiko besteht, mit uns zunächst einmal telefonisch Kontakt aufgenommen wird, um ein eventuelles Abklärungsbedürfnis zu besprechen. Häufig stellt sich dann bei der Abklärung heraus, dass kein Psychoserisiko besteht. Wird eine Abklärung vereinbart, beginnt diese innerhalb von 72 Stunden und umfasst in aller Regel vier Sitzungen innerhalb von 10 Tagen, in welchen neben der Untersuchung von möglicherweise vorliegenden psychose-fernen sowie psychose-nahen Symptomen auch eine eingehende neuropsychologische Untersuchung angeboten wird. Ein Schädel-MRI zum Ausschluss einer organischen

Ursache wird von uns empfohlen. Das Schlussgespräch führen wir wenn immer möglich zusammen mit Familienangehörigen durch, um über das therapeutische Procedere sowie über psychosoziale Aspekte (Ausbildung, Arbeit, Wohnsituation) sprechen zu können. Für die psychiatrische Weiterbehandlung suchen wir stets auch die Zusammenarbeit mit niedergelassenen PsychaterInnen.

Die häufigsten Zuweiser in unsere Spezialsprechstunde sind Hausärzte, Angehörige oder auch Patienten selbst. Die pro Woche durchschnittlich drei Kontakte belegen den Bedarf nach einer solchen Spezialsprechstunde mit niederschwelligem

und disponiblen Charakter und untermauern Pilotdaten, die wir vor Einrichtung unserer Sprechstunde unter den basellandschaftlichen Hausärzten erhoben haben (s. Abb.). In Zukunft streben wir einerseits eine Sensibilisierung weiterer Berufsgruppen an, die mit psychotischen Frühphasen in Kontakt kommen (z.B. Kinder- und Frauenärzte, Schulpsychologische Dienste), andererseits die Zusammenarbeit mit den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten des Kantons. Die weitere Vernetzung mit niedergelassenen Psychiatern soll dazu dienen, dass den abgeklärten Patienten ein breiteres therapeutisches Angebot gemacht werden kann.

Bedürfnisse der Hausärzte (n = 141) im Kanton Baselland bezüglich psychiatrischer Dienstleistungen zur Behandlung psychotischer Frühphasen.



Mögliche Warnzeichen einer psychotischen Frühphase:

- Sozialer Leistungsabfall über mehrere Monate
 - Sozialer Rückzug (mit Verlust der sozialen Kontakte)
 - Gefühl des Andersgewordenseins
 - Konzentrations- und Aufmerksamkeitseinbussen
 - Antriebs- und Interessenverlust
 - Depressivität, Ängstlichkeit
- (Alter meist zwischen 15 und 30 Jahren; oftmals Cannabis-Konsum)

1. Lincoln et al. (1998). Understanding the topography of the early psychosis pathways. *Br J Psychiatry* 172 (suppl.33):21–25.
2. Simon AE, Umbricht D (2003). Swiss GPs and early psychoses: results from a national survey. *Schizophrenia Research* 60 (suppl.):50.

Die IV ist eine Eingliederungsversicherung

Paul Meier, Leiter der IV-Stelle Basel-Stadt

Was sind die Probleme von Menschen mit Behinderungen aus der Sicht der IV?

- Die Anzahl von RentenbezügernInnen hat in den letzten 10–15 Jahren kontinuierlich um etwas mehr als 4% jährlich zugenommen. Das ist gleichbedeutend mit einer Ausgliederung dieser Menschen aus dem Arbeitsprozess, sei dies nun vom Arbeitsplatz oder von der Aufgabe im Haushalt.
- Ausgegliederte, im Grunde genommen aber noch arbeitsfähige oder teilleistungsfähige Menschen, belasten nach unserer Wahrnehmung das Gesundheitssystem, indem diese Menschen medizinischen Beistand häufiger, intensiver wahrnehmen, als eingegliederte in klaren Tagesstrukturen eingebettete Menschen.
- In den letzten 30–50 Jahren hat sich die Gesellschaft nach unserer Wahrnehmung verändert:
 - es hat sich eine generelle Anspruchshaltung entwickelt
 - Die Fähigkeit zu leiden, Schmerz, Unbehagen usw. zu ertragen hat deutlich abgenommen
 - Die Anzahl von Menschen mit emotionalen Störungen hat zugenommen
- Nach unserer Wahrnehmung haben sich Arbeitgebende und Ärzteschaft dieser schleichenden Entwicklung hingegen und zunehmend angepasst.
 - Menschen, die nicht mehr «funktionieren» lässt man zuerst Taggeld beziehen um sie nach 720 Bezugsstagen via Pensionierung zu «versorgen».
 - Ärzte vollziehen zunehmend nach, was so durch die Situation am Arbeitsplatz angerichtet wird ODER
 - Arbeitgebende vollziehen zunehmend nach, was so durch die behandelnde Ärzteschaft angerichtet wird
 - Die IV, als absolut letzte im Bunde musste in der Vergangenheit zu oft zur Kenntnis nehmen, dass Men-

schen bei ihr erst angemeldet werden *nachdem* sie medizinisch und wirtschaftlich *ausgegliedert* waren

- Gleichzeitig hat sich das Rechtspflegesystem deutlich verändert. Der Kampf um vermeintliche Rechte wird mit größeren Bandagen geführt. Anwälte/innen nutzen jede vermeintliche Unsicherheit in der medizinischen und/oder wirtschaftlichen Beurteilung solcher Menschen, um ihnen zu höchstmöglichen Leistungen zu verhelfen. Aus der Sicht eines IV-Stellenleiters wird bestritten, dass dies jeweils auch die bestmögliche Lösung darstellt. Diesen Menschen ist höchstens monetär, sonst aber in keiner Weise geholfen. Sie bleiben ausgegliedert.

Was sind die Probleme der Invalidenversicherung?

Wir nehmen wahr, dass der IV zunehmend Menschen zugewiesen werden, deren Handicap nicht in einer invalidisierenden Erkrankung, sondern in Arbeitslosigkeit, sozialer Ausgliederung, reinem Abhängigkeits-(Giftmittel) Verhalten, Befindlichkeitsstörungen ohne Krankheitswert usw. besteht.

Dabei wird übersehen, dass die Invalidenversicherung ausschliesslich das Risiko der Invalidität versichert.

Insofern es Aufgabe der Organe der IV ist, jeweils heraus zu finden, ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, kann diesen Anmeldungen nichts entgegen gehalten werden. Allerdings wird von jenen, welche diese Anmeldungen initiieren, bei den betroffenen Menschen verheerende Weise eine deutliche Erwartungshaltung ausgelöst.

Nach deren Ausgliederung aus der bisherigen Arbeitsumgebung und angesichts der vorherrschenden Situation auf dem Arbeitsmarkt beginnen diese Menschen in aller Regel mit juristischer Hilfe einen Kampf um maximale Leistungen der IV. Während diesem sich meist zu einem Exi-

stenzkampf ausweitenden Verfahren, werden sie meist endgültig aus ihrer Umgebung, dem Arbeitsplatz, der Gesellschaft, der Familie, usw. ausgegrenzt und ausgegliedert. Ich wage sogar die etwas provokante Feststellung, dass solche Menschen durch das Verfahren oft erst «invalidisiert» werden.

Der Invaliditätsbegriff in der Invalidenversicherung

Als Invalidität im Sinne der IV gilt die durch einen körperlichen, psychischen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bzw. Unfähigkeit sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen.

Die Definition der Invalidität stimmte für die Wertmassstäbe Ende der 50er Jahre und damit für die Zeit ab 1. 1. 1960 (Einführung der IV). Der Begriff wurde im Laufe der Zeit jedoch durch die Rechtsprechung und die heute geltenden Wertmassstäbe stark ausgedehnt. Gefördert wurde diese Entwicklung auch durch die Definition der Gesundheit (nach WHO), wonach Krankheit sinngemäss das Fehlen vollkommenen Wohlbefindens eines Menschen darstellt. Diese Definition soll zwar nicht in Frage gestellt werden. Es muss aber geprüft werden, ob sie für die Bemessung von Sozialversicherungsleistungen dienen kann.

Es spielt keine Rolle, ob der Gesundheitsschaden Folge eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalles ist.

Für das Bestehen einer Invalidität müssen in der Folge **drei Voraussetzungen** vorliegen:

- ein **Gesundheitsschaden**
- eine bleibende oder längere Zeit dauernde **Erwerbsunfähigkeit** (mindestens ein Jahr) bzw. Unfähigkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) zu betätigen

- ein **Kausalzusammenhang** zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit.

Wenn ein Gesundheitsschaden die Erwerbsfähigkeit langfristig beeinträchtigt, ist er invalidisierend. Kriterien für die Unterscheidung invalidisierender Gesundheitsschäden von solchen, die keine Invalidität bewirken, sind insbesondere die Begriffe der *Zumutbarkeit* (von Arbeitsleistung oder von Eingliederungsmassnahmen) und der *längeren Dauer*.

So ist ein **Gesundheitsschaden** invalidisierend, wenn

- der versicherten Person die Verwertung der Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aus **gesundheitlichen Gründen** nur in vermindertem Masse oder überhaupt nicht zumutbar ist,
- die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit trotz Ergreifens der möglichen und zumutbaren medizinischen (z.B. auch psychotherapeutischen), beruflichen oder anderen Eingliederungsmassnahmen langdauernd sind,
- die versicherte Person **wegen des Gesundheitsschadens** von der Arbeitsumwelt als unzumutbar empfunden wird und das Ergebnis der erwerblichen Abklärungen damit übereinstimmt.

Oft werden soziale, soziokulturelle und andere Momente fälschlicherweise mit Krankheit oder gesundheitlichen Störungen vermischt und verwechselt, resp. in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen, obwohl die IV in Tat und Wahrheit nur die Folgen eines Gesundheitsschadens versichert.

Die Grundidee der Invalidenversicherung

EINGLIEDERUNG VOR RENTE

Der IV stehen eine ganze Palette von Massnahmen zur Verfügung, welche allesamt der Eingliederung dienen:

Eingliederungsmassnahmen:

Berufliche Massnahmen wie Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Umschulungsmassnahmen, Massnahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung, Kapitalhilfe, Einarbeitungszuschüsse nach längerer gesundheitsbedingter Ausgliederung usw.

Medizinische Massnahmen insbesondere zur Behandlung von Geburtsgebrechen, in einzelnen Fällen auch zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

Sonderschulmassnahmen sowie Hilfsmittel welche für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit benötigt werden, oder die der Fortbewegung oder der Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt dienen.

Geldleistungen:

Renten, Taggelder, Hilflosenentschädigungen

Renten werden wie folgt bezahlt:

- Ab einer mind. 40%igen Invalidität Viertelrente
- ab einer mind. 50%igen Invalidität Halbbrente
- ab einer mind. 66,67%igen Invalidität Ganzrente

Ab 1. Januar 2004 gelten im übrigen neue Abstufungen, weil mit der 4. IVG-Revision die Rente eingeführt wurde:

- ab einer mind. 40%igen Invalidität Viertelrente
- ab einer mind. 50%igen Invalidität Halbbrente
- ab einer mind. 60%igen Invalidität Dreiviertelrente
- ab einer mind. 70 %igen Invalidität Ganzrente

Taggelder werden als akzessorische Leistungen frühestens ab dem 18. Altersjahr zu Eingliederungsmassnahmen gewährt. Hilflosenentschädigungen werden ausgerichtet, damit Menschen, welche für die Besorgung ihrer alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, diese auch bezahlen können.

Die Eingliederungsversicherung:

Damit die IV ihren Auftrag, Menschen mit Behinderungen für das Erwerbsleben, resp. für die Tätigkeit im Aufgabenbereich fit zu machen, wahrnehmen kann, müssen gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sein. Behandelnde Ärzte/innen, Hausärzte/innen haben eine sehr wichtige Rolle als Casemanager und müssen zunehmend lernen, diese auch wahrzunehmen.

Als behandelnde Ärztinnen und Ärzte sind Sie aufgerufen:

- sich rechtzeitig Rechenschaft darüber ablegen, ob ihr Patient, ihre Patientin mit dem bestehenden Gesundheits-

schaden zurück an ihren gewohnten Platz können,

- oder ob eine Änderung herbeigeführt werden muss, durch:

- **Änderung der Lebensgewohnheiten**
- **Andere Ernährung**
- **Betreiben von Sport, andere Ersatzbeschäftigungen**
- **Zuweisung einer anderen Arbeit**
- **Anmeldung bei der IV zwecks Prüfung von beruflichen Umstellungsmassnahmen.**
- **Anmeldung bei IV und/oder Ergotherapie zwecks Besprechung von möglichen Hilfen am Arbeitsplatz, Hilfsmittel, bauliche Änderungen etc.**

Fernbleiben von der Arbeitsumgebung bei laufender Lohnfortzahlung fördert die Ausgliederung bereits nach relativ kurzer Absenzdauer. Es ist deshalb ungewöhnlich wichtig, die Frage nach der Reintegration in die Arbeitswelt immer präsent zu haben und sich stets zu stellen.

Der wichtigste Feind im Zusammenhang mit einer drohenden Ausgliederung ist der Faktor Zeit!

Natürlich haben auch andere in unserem Vorsorgesystem Verantwortung zu übernehmen:

- Als erstes die Menschen mit Behinderungen selbst. Gestützt auf die gesetzlichen Bestimmungen haben die Versicherten grundsätzlich aus eigenem Antrieb alles zu unternehmen, um Schaden zu vermeiden (Schadenminderungspflicht). Die IV ist nicht eine Auffangorganisation für eine Problemsammlung. Die IV versichert ausschliesslich das Risiko der Invalidität. Zur Schadenminderung gehört, dass man von sich aus alles unternimmt um einen bereits eingetretenen Schaden zu verringern oder die Entstehung grösseren Schadens zu vermeiden. Das beinhaltet die korrekte Annahme ärztlichen Rats, also Durchführung aller für die Verringerung des Schadens im Rahmen des Zumutbaren möglichen Behandlungsmassnahmen. Weiter gehört dazu, dass man sich im Rahmen seiner Möglichkeiten innerhalb des eigenen Arbeitsumfeldes allenfalls veränderten gesundheitlichen Bedingungen durch adäquates Verhalten anpasst, was nicht notwendigerweise bereits Massnahmen Dritter erforderlich macht.

- Es gehören dann auch die Arbeitgebenden dazu, welche im Rahmen ihrer Möglichkeiten beim Auftreten gesundheitlicher Schwierigkeiten Hand für angepasste betriebsinterne Lösungen bieten sollen. Das ist für die betroffenen Personen extrem wertvoll, sie bleiben eingegliedert, und es ist volkswirtschaftlich zudem die wesentlichere Lösung, als die einer vorzeitigen Pensionierung und/oder Berentung. Arbeitgebende haben jederzeit die Möglichkeit, sich zwecks Beratung an die IV zu wenden. Manchmal genügen Kleinigkeiten, manchmal Arbeitsplatzanpassungen, manchmal Umplatzierungen oder eigentliche Ausbildungen im Sinne von Neuqualifizierung.
- Auch die Familie ist wesentlicher Bestandteil einer vollständigen Eingliederung. Vielfach wird auch dieser Punkt vernachlässigt. Sollen Menschen mit Behinderungen eingegliedert bleiben, allenfalls unter geänderten, auch materiell geänderten Voraussetzungen, dann kann dies in den meisten Fällen erfolgreich nur durch den Einbezug der Ehepartner zu Stande gebracht werden. Nicht nur unseren Berufsberatern steht es gut an, Eingliederungslösungen breit abgestützt zu initiieren, auch den behandelnden Ärzten wird dies empfohlen. Die wirtschaftliche Situation sieht in aller Regel für eingegliederte oder teileingegliederte Menschen wesentlich besser aus, als für

Rentenbezüger. Aus purer Angst, die wirtschaftliche Existenz zu verlieren, streben so manche Menschen mit Behinderungen und ihr Umfeld fälschlicherweise die Rentengewährung als Lösung an, statt die Wiedereingliederung.

Schlussbemerkung

Die IV ist eine Volksversicherung. Sie ist damit UNSERE Versicherung. Wir müssen zu ihr Sorge tragen. Dies bedeutet, dass jene Versicherten Leistungen aus dieser Versicherung erhalten sollen, bei welchen im Sinne des Gesetzes über die Invalidenversicherung tatsächlich eine Invalidität vorliegt.

Betriebswirtschaft

Personalversicherungen in der Praxis

Martin Strauss, Bucher & Strauss
 Versicherungen, 4059 Basel,
www.bucher-strauss.ch,
m.strauss@bucher-strauss.ch

Als selbständige/r Ärztin/Arzt und Arbeitgeber/in müssen Sie Ihr Personal in diverse Versicherungen aufnehmen. Zu den obligatorischen Versicherungen gehören die AHV/IV und die UVG (Unfallversicherung), teilweise auch die Pensionskasse.

Unfallversicherung

Angestellte mit bis zu 8 Arbeitsstunden/Woche sind nur für Berufsunfälle versichert, jene mit mehr als 8 Arbeitsstunden/Woche auch für Nichtberufsunfälle. Da die SUVA keine Arztpraxen versichert, müssen Sie bei einer der verschiedenen privaten Gesellschaften einen Vertrag abschliessen. Die Tarife für die Unfallversicherungen sind reguliert. Wo Sie auch anfragen, für eine Arztpraxis sind die Prämien überall gleich teuer: Berufsunfälle 1,07 Promille der Lohnsumme, Nichtberufsunfälle 13,67 Promille der Lohnsumme. Die Prämie für Berufsunfälle wird vom Arbeitgeber bezahlt, diejenige für Nichtberufsunfälle in der Regel vom Arbeitnehmer (Lohnabzug).

Krankentaggeld und Mutterschaftsversicherung

Ein viel diskutiertes Thema ist die Krankentaggeld-Versicherung. Ein gesetzliches oder vertragliches Obligatorium besteht hier nicht. Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ist im Art. 324a des Obligationenrechts (OR) geregelt. Im ersten Jahr der Anstellung müssen Sie einer MPA, die krank geworden ist, während dreier Wochen den Lohn weiter auszahlen. Nach einem Anstellungsverhältnis, das über ein Jahr währt, dauert die Lohnfortzahlungspflicht etwas länger. Durch die Gerichtspraxis haben sich sogenannte «Skalen» eingebürgert. Es existieren eine «Bermer-», «Zürcher-» und natürlich auch eine «Basler-Skala», die da lautet: Lohnfortzahlungspflicht im 2. und 3. Anstellungsjahr 9 Wochen, im 4. bis 10. Anstellungsjahr 13 Wochen, im 11. bis 15. Anstellungsjahr 17 Wochen etc.

Wenn Sie Ihre Angestellten besser stellen wollen, so schliessen Sie eine kollektive Krankentaggeld-Versicherung ab. Der Einschluss des Geburtengeldes (Mutterschafts-Versicherung) lohnt sich besonders, wenn Sie jüngere MPA angestellt haben. Hier sollten Sie Offerten verschiedener Gesellschaften einholen. Die Preisun-

terschiede können gewaltig sein. Besonders attraktive Angebote bietet der Mediservice VSAO an. Diese Krankentaggeld-Versicherung zahlt nach einer Wartezeit, die Sie selbst bestimmen (üblicherweise 14 oder 30 Tage) 80% des AHV-Bruttolohnes bis zu höchstens 720 Tagen. Die Prämien werden je zur Hälfte von der Arbeitgeberin und der Arbeitnehmerin getragen (Lohnabzug).

Pensionskasse

Eine weitere, eventuell nötige Versicherung ist die Berufliche Vorsorge oder die Pensionskasse. Hier gibt es allerdings eine untere Eintrittsschwelle. Nur Angestellte, die mehr als Fr. 2110.– pro Monat oder Fr. 25 320.– pro Jahr verdienen, müssen zwingend in einer Pensionskasse versichert werden. Hier empfehlen wir Ihnen dringend, in eine Pensionskasse einer Standesorganisation einzutreten, z.B. VSAO Bern oder PAT St. Gallen. Die grossen Versicherungsgesellschaften sind kaum mehr konkurrenzfähig, weil sie viel höhere Risikoprämien und Verwaltungskosten verrechnen. Im weiteren kennen sie keine Ehegatten-Renten und kürzen Leistungen im überobligatorischen Bereich (siehe aktuelle Diskussionen in den Medien!).

MedIndoors 2003: Start am 15. November 2003

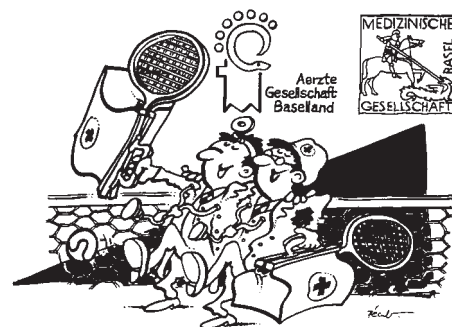
Dres. med. Urs Marti, MedGes BS und
Walter Seelig, AeGBL

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Wir dürfen Sie dieses Jahr zur zwölften Auflage der **Med Indoors**, dem partnerschaftlichen Tennis-Doppelturnier der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel, einladen. Das Turnier wird im traditionellen Modus durchgeführt. Wir rechnen auch dieses Jahr mit einem vollbesetzten Turniertableau und spannenden Spielen im Rahmen der gegenseitigen Freundschaft.

Die Turniergebühren betragen wie bis anhin CHF 25.– pro Teilnehmer. Der Beitrag an die Kosten des anschliessenden Buffets beträgt ebenfalls CHF 25.–. Der Roche Pharma Schweiz AG möchten wir für die weitere Unterstützung dieses Anlasses bestens danken.

Die Anmeldeformulare liegen dieser Ausgabe der Synapse bei. Nach Erhalt Ihrer Anmeldung werden wir Ihnen einen Einzahlungsschein zustellen, mit dem die Teilnahmegebühren beglichen werden können. Die Auslosung der Spiele werden wir wie im vergangenen Jahr unmittelbar vor Turnierbeginn im Tenniscenter Paradies in Allschwil vornehmen.



LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapharm@datacomm.ch

Aus dem Vorstand BL

Neues EU-Formular für die IV (E-213)

Die IV-Stelle Baselland hat uns informiert, dass neuerdings für alle Patienten, bei denen neben der schweizerischen IV auch eine ausländische Invalidenversicherung zahlungspflichtig sein könnte, neu das EU-Formular E-213 verwendet wird. Obwohl darin eine grosse Anzahl Auskünfte abgefragt werden, ist es wichtig zu wissen, dass **nur die aus den Akten bekannten Informationen** beantwortet werden müssen. Eine neue Untersuchung der Patientin zwecks Angaben auf diesem Formular kann und darf nicht verrechnet werden! Die IV wird das neue Formular versenden, falls es nötig ist. In allen andern Fällen wird wie bisher das alte verwendet. Beide werden nach TarMed verrechnet. Genauere Informationen erteilen die IV-Stellen. An dieser Stelle sei der Hinweis gestattet, dass Tarif 00.2240 nur 3 Mal verwendet werden darf, resp. ab dem 4. Mal **unaufgefordert** begründet werden muss, z.B. mit dem Vermerk «Umfangreiches Aktenstudium» o.ä.

MPA «im Rang»

Der Presse konnte entnommen werden, dass die MPA-Lehrtöchter aus den Praxen von Dr. Rolf Aerni, Aesch, Dr. Fritz Friedli, Liestal, Dres. Felix Häring und Felix Heule, Bubendorf, und Dr. Arnold Vogt, Birsfelden die Abschlussprüfungen dieses Sommers «im Rang», das heisst mit Bestnote abgeschlossen haben. Wir gratulieren allen – den neu diplomierten MPA und ihren Lehrmeistern!

syndata AG – es ist soweit

Unser ärzteeigenes Trustcenter ist in Kürze operativ. Besuchen Sie die website www.syndata.ch

Hauswirtschaftliche Leistungen – nur mit Zusatzversicherung bezahlt

Der Spitexverband Baselland bittet uns, Sie darauf aufmerksam zu machen, dass hauswirtschaftliche Leistungen im Rahmen der obligatorischen Grundversiche-

rung nach KVG nicht bezahlt werden. Es braucht dazu eine Zusatzversicherung. Dies sollte den Patientinnen und Patienten bei der Verordnung mitgeteilt werden, um Missverständnissen vorzubeugen.

Grippe-Impfaktion

Wieder ist geplant, in diesem Herbst die Patientinnen und Patienten wie letztes Jahr mit einem Plakat auf die Möglichkeit der Grippeimpfung in unseren Praxen hinzuweisen (vgl. Beilage). Der Vorstand empfiehlt ein unkompliziertes und «niederschwelliges» Angebot zu machen. Auch ausserhalb unserer Praxen finden erfahrungsgemäss verschiedene Aktionen, zum Teil gratis oder zu sehr günstigen Preisen, statt. Selbstverständlich ist in jedem Einzelfall Indikation und Kontraindikationen zu prüfen und die übliche Sorgfaltspflicht bei der Verabreichung einzuhalten.

Aus dem Vorstand BS

Allgemeinärzte und Internisten wünschen eine weitere Tarmed-Schulung. Dank Unterstützung der Ärztekasse kann diese am 30. 10. 2003 durchgeführt werden. Anlässlich dieser Schulung wird in einem kurzen Referat über die Tücken der Kostenneutralitätsphase zu Beginn von Tarmed im KVG und über Neuigkeiten von Syndata informiert.

Die Mitglieder der Fortbildungskommission wurden durch den Vorstand bestätigt. Es sind dies Prof. S. Büchner, Dr. F. Freuler, Dr. Ch. Goppelsroeder, Prof. H. Haas, Prof. L. Kappos, Dr. L. Kayasseh und Dr. M. Redlich aus dem Vorstand. Neu sind zwei grosse Fortbildungsnachmittage mit Vorträgen und Workshops geplant. Es werden Credit Points vergeben.

Das Ende der Verhandlungen mit Santésuisse über den Starttaxpunktwert ist in Sicht. Wir sind zuversichtlich, dass dessen Höhe fair bemessen sein wird.

Mitteilung der Santésuisse zur Rechnungsstellerstatistik 2002

Die Rechnungsstellerstatistik für das Jahr 2002 steht für die Mitglieder der Ärztesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Baselstadt bei der santésuisse Basel zur Verfügung.

Gemäss Abklärungen mit dem Eidgenössischen Datenschutzbeauftragten dürfen die Statistikdaten nur dem Gesuchsteller persönlich abgegeben werden. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, ihre persönlichen Statistikdaten bei

santésuisse Basel, Centralbahnstrasse 21, Postfach, 4002 Basel,

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

Doktor Knochen zwischen Werbe- und Tele-Evidenz

Dr. med. F. Rohrer, Innere Medizin FMH, Lausen, nach einer Idee des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (www.wig.ch)

Wie jedes Jahr erhielt Doktor Knochen kürzlich Besuch des Pharmavertreters Pille. Dieses Jahr habe er ein neues, besonders gut evidenz-basiertes Präparat vorzustellen. Mit eindrücklichen Diagrammen zeigte er die Vorteile des neuen, Knochenbrüchen vorbeugenden Medikamentes auf: Reduktion der Frakturrate um 31% gegenüber einem Placebo bei sehr guter Verträglichkeit (45% besser als das Konkurrenzpräparat!) und erst noch geringeren Kosten von nur CHF 78.– im Monat, vor allem verglichen mit den Spitalkosten einer Schenkelhalsfraktur. Zunächst vage erinnerte sich Dr. Knochen an einen vor Monaten besuchten EBM-

Kurs, nachdem er in den Unterlagen des Vertreters gesehen hatte, dass die Frakturrate dank der offerierten Behandlung von 6% auf 4% abnehme. Abends verzichtete er auf seine Joggingrunde und machte sich ans Rechnen: Er fand heraus, dass er 50 Frauen 10 Jahre lang behandeln müsste, um eine Schenkelhalsfraktur zu vermeiden, und dafür während dieser Zeit sein Medikamentenbudget mit beinahe einer halben Million Franken belasten müsste. Unsicher, ob sich dieser Aufwand lohnt und ob er sich damit seinen bisher untadeligen Medikamentenindex zerstören würde, fiel er in einen unruhigen Schlaf.

Am gleichen Abend sass Dr. Knochen Patientin Binggeli, eine schlanke, solariumgebräunte Mittfünfzigerin, vor dem Fernsehschirm. Eigentlich wollte sie noch zwei oder drei Ultramild-Zigaretten ge-

niessen, bevor sie früh schlafen gehen wollte. Schliesslich hatte sie sich am folgenden Morgen bei Dr. Knochen für die jährliche Cholesterinkontrolle angemeldet. Beim Zappen landete sie bei einer Gesundheitssendung. Es ging um die Vorbeugung der Osteoporose. Frau Binggeli war froh, musste einsehen, dass sie zu den hochgefährdeten Personen gehört. Der Fernsehdoktor empfahl, etwas mehr Sport zu treiben, Hochrisikopersonen sollten aber auch das neue Medikament aus Pilles Unternehmen einnehmen. Gut, dachte Frau Binggeli, ich habe morgen schon einen Termin bei Doktor Knochen, er kann mir das Mittel ja gleich noch verschreiben.

Wäre es Ihnen jetzt noch wohl in der Haut von Dr. Knochen? Nach welcher Evidenz soll er Frau Binggeli nun beraten?

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint acht Mal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

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

Einträge von Veranstaltungen

im Fortbildungskalender:
Veranstaltungen bitte mit Angabe von
Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und
Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin
(E-Mail: Christoph.Itin@hin.ch) anmelden.
Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:
15.10.2003



Sekretariat der Ärztesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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