



Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,
liebe Kolleginnen und Kollegen

Hausarzt/Hausärztin – der schönste Beruf?

Diese Frage würden wohl die meisten unserer Mitglieder mit Ja beantworten. Würde diese Frage um die Dimension des angemessenen Lohns erweitert, so wären die Antworten wohl hinsichtlich Zufriedenheit eher durchzogen.

In diesem Newsletter werden wir der aktuellen Berufssituation in der Region aus verschiedenen Blickwinkeln nachgehen. Es ist der VHBB ein Anliegen, die Berufszufriedenheit nicht nur zu erhalten, sondern wenn möglich zu fördern.

Hausarztpraxen mit zufriedenen und in ihrem Beruf glücklichen und aufgestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren, sind und werden wohl für die nähere und weitere Zukunft Basis und Grundvoraussetzung für ein qualitativ hochstehendes und kosteneffizientes Gesundheitssystem bilden.

Hausarztpraxen werden von Ärztinnen und Ärzten gegründet oder übernommen, die ihre Weiterbildung zu einem grossen Teil in Spitälern erhalten haben. Das UNIHAM-BB hat viel dazu beigetragen, dass heute auch in unserer Region Weiterbildungscurricula bestehen, die auf gezielt und effizient auf eine allgemein-internistische Praxistätigkeit vorbereiten.

Zusätzlich haben wir aber den Wunsch, dass in den grossen Spitälern auf Kaderebene weiterhin und wieder mehr ärztliche Chefs berücksichtigt werden, die nicht nur aus subspezialisierter Perspektive teachen, sondern dies im Blick auf das ganze Spektrum der allgemeinen inneren Medizin zu tun in der Lage sind. Es ist dabei unsere Vision, dass sie dabei bei den klinischen Visiten durch sehr erfahrene Hausärztinnen und Hausärzte unterstützt werden könnten. Das wäre, neben einer guten finanziellen Perspektive, gewissermassen das zweite Bein, das durch Nachwuchsförderung eine flexible, sich an den modernen Lebensumständen orientierende Hausarztmedizin gehfähig macht.



Dr. med. Stefan Kradolfer,
Präsident VHBB

Missverständnisse um angemessene Praxiseinkommen?

Während eines in 10vor10 gesendeten kurzen TV-Interviews mit unserem FMH-Präsidenten Jürg Schlup hatte ich Folgendes verstanden.

Gefragt, ob es gerechtfertigt sei, dass Chefärzte 1 Mio. Franken oder mehr verdienen, weil diese doch so eine grosse Verantwortung über Leben und Tod hätten, hatte ich fälschlicherweise eine bejahende Antwort verstanden. In einem sehr informativen und offen unkomplizierten Telefongespräch mit Jürg Schlup stellte sich dann heraus, dass in der Sendung entscheidende Vor- und Nachbemerkenngen zu diesem Satz weggelassen worden waren.

Diese könnte man etwa so umschreiben, dass ein solches Einkommen bezogen auf die Ärzte- und Chefärzteschaft sehr selten vorkommt und in jedem Fall auf einem Vertrag basiert, der vom CEO des Spitals unterzeichnet worden ist.

Als Hausarzt hat mich dies nun zu weiteren Fragen gebracht. Habe ich nicht auch täglich mit Patienten zu tun, wo es um Fragen von Leben und Tod geht, beispielsweise um Antibiotikatherapie bei einer fortschreitenden Demenz, um Chemotherapie bei einem Malignom mit schlechter Prognose oder um intensive Sterbebegleitung und eventuell auch Sterbehilfe. In all diesen Situationen sind ausführliche Gespräche mit Patient/innen und Angehörigen angezeigt, die schwierig und zeitaufwendig sind. Soll nun dies finanziell weniger wert sein als der ärztliche Zeitaufwand einer kniffligen Operation oder einer Beurteilung eines komplizierten MRI?

Die schleichende Gefährdung in der Grundversorgung

Während die ambulanten Grundversorger in den letzten Jahren zunehmend in das öffentliche Interesse gerückt sind und erste Massnahmen zur Verbesserung der Attraktivität in die Wege geleitet wurden, zeigt sich zunehmend ein Problem in der Grundversorgung.

Immer weniger PatientInnen werden in den Spitälern wirklich grundversorgt. Oft sehen wir Hausärzte die PatientInnen trotz Einweisungsdiagnose und klarer Fragestellung ohne eine Antwort in unserer Praxis wieder. Problem nicht erkannt, Problem ignoriert oder, da komplex, keine Zeit oder Lust zur Lösung. Garniert mit einem vom Patienten absolvierten Marathon an unzähligen zum Teil unnötigen Untersuchungen.

Hintergrund ist eine zunehmende «Entsinnung». Da BWL, Benchmarks, Gewinn und Kosteneffizienz alleinige Ziele sind (an denen das Personal

Wenn wir vom Faktum hören, dass in einem grossen Kantonsspital unserer Region in den letzten 20 Jahren die Lohnkosten für das ärztliche Personal um 5%, für das Pflegepersonal um 50% und für das administrative Personal um 100% gestiegen sind, wäre es da nicht sinnvoller gewesen, die administrativen Tätigkeiten der Ärztinnen besser zu entschädigen? Dies umso mehr, als im gleichen Spital die durchschnittlichen Krankheitsabsenzen pro Jahr und Person in der Administration bei 12, in der Pflege bei 7 und bei den Ärztinnen bei 2 Tagen lagen.

Könnte der Schritt von Spitalärztinnen, sich für eine Praxistätigkeit zu entscheiden, dadurch gefördert werden, dass eine Karriere als Hausärztin finanziell gleich oder sogar besser entschädigt würde als der Verbleib im Spital?

Könnte dadurch der sich abzeichnende Abbautrend bei den Hausarztpraxen gekehrt werden? Würde durch Trendumkehr sogar ein Ausbau der ambulanten Versorgung in Praxen ermöglicht und ungleich teurere spitalassoziierte Ambulatorien nicht mehr benötigt?

Entscheidend in all diesen Fragen ist aber nicht nur der finanzielle Aspekt, sondern die enorm hohe Lebensqualität, die mit einer erfolgreichen selbständigen Praxistätigkeit verbunden ist. Hausärztin ist nach wie vor eine der schönsten ärztlichen Tätigkeiten. Dass dies so bleibt, betrachtet die VHBB als ihre Kernaufgabe.

Dr. med. Stefan Kradolfer

gemessen wird), kommt es auch in einem eigentlich per se mit einem anderen Sinn versehenen Beruf zu einem Umdenken. Der komplexe Patient wird zum Problem bei der Zielerreichung, die Beschäftigung mit ihm zu einem zeitraubenden Hindernis. Der in diesem neuen Umfeld erzeugte ärztliche Nachwuchs ist an sich nicht anders als früher und sucht eigentlich – davon bin ich weiterhin überzeugt – nach einem sinnerefüllten Handeln.

Die rein betriebswirtschaftliche Ausrichtung durch Beratungsfirmen führt zu einer dem ursprünglichen Sinn eines Spitals entgegengesetzten Entwicklung – weg von der Grundversorgung der Bevölkerung hin zu einem am Gewinn orientierten Leistungskatalog. Dies ist kein Vorwurf an die Betriebswirtschaft an sich, aber sie kann von ihrer Struktur her den medizinischen Teil nicht übernehmen, auch nicht strukturell, da die Er-

fahrung, das medizinische Know-how und der Patientenkontakt fehlen.

Ein Problem erscheint dabei die Honorierung der Grundleistungen und somit der spitalinternen Grundversorgung. Spitäler, welche noch eine Grundversorgung anbieten, sind zum Scheitern verurteilt. Sie brauchen hochspezialisierte Disziplinen, um finanzielle Defizite in der Grundversorgung wettzumachen. Dies, obwohl gerade diese in der Grundversorgung verankerten wichtigen Disziplinen das Rückgrat einer funktionierenden Versorgung der zunehmend älteren und polymorbiden Gesellschaft sind. Verlieren die Spitäler auf Grund der Rationierung oder durch Wegnahme des Mitgestaltungsrechtes derselben diese nicht primär gewinnbringenden Sparten, so ist die Grundversorgung und auch die Ausbildung allgemein und rational denkender zukünftiger Grundversorger gefährdet.

Es fällt auf, dass dies in der politischen Diskussion kaum eine Rolle spielt. Dies vielleicht auch, da man diesen Wert erst im medizinischen Alltagsleben erlebt. Hierdurch werden kurzfristige Fehlentscheidungen getroffen, welche das System immer teurer machen.

Durch solche Koordinatoren können mit Know-how Liegezeiten, unnötige Untersuchungen reduziert werden, und die Belastung der DRG geht zurück. In Zusammenarbeit mit den Hausärzten liegt ein für alle interessantes Sparpotenzial. Hierzu bräuchte es aber eine Veränderung der betriebswirtschaftlichen Denkweise, Einbezug der medizinischen und sozialen Player und ein anderes Vergütungssystem, welches die Abgeltung der Grundleistungen als Spitalgrundversorger ermöglicht, gepaart mit einer Besserstel-

lung von Spitalern, die ausbilden. Auch die Wegnahme von teuren Spezialisierungen aus einem der Grundversorgung dienenden Spital kann eine gute Option sein. Denn was bringt z.B. eine neurochirurgische Abteilung oder Wirbelsäulenchirurgie im Landspital, wenn der Chirurg keinen Blinddarm mehr operieren kann? Spitäler sollen ohne hochspezialisierte Disziplinen, welche oft ohne Ausweitung der Indikationsstellung nicht die nötigen Fallzahlen generieren können, überleben können. Denn ihr Nutzen liegt woanders. Auf hochspezialisierte Disziplinen ausgerichtete Finanzierungsoptionen verhindern eine adäquate Grundversorgung. Die seltenen Fälle sollten in Universitätsspitalern in Spezialdisziplinen behandelt werden.

Grundversorger-spitäler sollten dabei eine universitäre Ausbildung gewährleisten: ein angesehenes Monopol als Alleinstellungsmerkmal. Es braucht die Grundversorgung dringender denn je auch in den Spitalern. Der in manchen Spitalern neu geschaffene Caremanager oder Casemanager ist dafür definitiv kein Ersatz, da er weder über die nötige Fachkenntnis noch die medizinische Anerkennung zum Steuern und Koordinieren der Fälle verfügt.

In Gesprächen mit leitenden MedizinerInnen sind sich meist alle einig und bestätigen die Entwicklung, sehen sich aber den Strukturen und Gegebenheiten gegenüber machtlos. Dies nicht zuletzt auch wegen Abhängigkeiten. Die Erkenntnis ist da, nun bedarf es noch der Kenntnis, wie man sie umsetzt.

Es braucht daher neue Wege und Strukturen, welche sich um diese Prozesse kümmern und von unabhängigem Charakter sind. Ihr Mehrwert liegt

nicht im direkten Gewinn am Patienten, sondern in der Schaffung und Organisation von Strukturen zur Umsetzung einer sinnvollen Grundversorgung.

Um diesen Prozess in Gang zu bringen, bräuchte es universitäre Zentren für Grundversorgung. Einsicht und Wille auf politischer Ebene und Bereitstellung von Geldern sind Grundvoraussetzung. Nur durch eine 2. Säule ohne primäre rein betriebswirtschaftliche Ausrichtung hin zu einem sozialen Grundversorgungssystem ist dies umsetzbar. Dies hat nichts mit Entprivatisierung oder Kommunismus zu tun, sondern könnte auch im Privatwettbewerb erreicht werden. Letztendlich zum Wohle aller.

An Universitäten mit einem Hausarztinstitut könnte dieses als Grundversorgerinstitut erweitert werden. Sozusagen ein Institut für Grundversorgung mit dem Hausarzttepart und dem Part des Allgemeinen Inneren Spitalmediziners unter einem Dach. Auch in Bezug auf eine sinnvolle Grundversorgungsforschung böten sich viele sinnvolle Möglichkeiten. Dabei wäre der Einbezug auch kleinerer Spitäler auf universitärer Ebene möglich. Die Kampagnen Choosing wisely und Less is more hätten ein reales Institut von universitärem Charakter.

Nach der Hausarztinitiative braucht es eine GRUNDVERSORGER-INITIATIVE auch im Spital.



Dr. med. Johannes Manggold

TARMED-Fortbildung der VHBB am 19.4.2018 mit grossem Erfolg

Am 19.4.2018 fand bei Viollier in Allschwil die TARMED-Fortbildung der VHBB statt, die mit über 50 TeilnehmerInnen ausgebucht war.

Mit dem Tarifexperten Andreas Velke konnten der Aufbau der Tarifstruktur und die betriebswirtschaftliche Seite des Eingriffs durch das BAG und deren Anwendung beleuchtet werden. Mit dem Tarifdelegierten von mfe Schweiz Dr. med. Rolf Temperli wurde die standespolitische Seite betrachtet und ausgiebig diskutiert. Hauptthema waren die Limitationen der Leistungen in Abwesenheit, insbesondere bei älteren Patienten im Altersheim, bei behinderten Patienten oder am Lebensende eine Grundkompetenz der Hausarztmedizin. Aufgrund der Limitationen ist betriebswirtschaftlich gedacht eine Versorgung nur noch bedingt möglich. Dies geht zu Lasten derer, die sich kaum wehren können, und führt zu einem Abbau der Motivation der Hausärzte.

Jetzt besteht noch die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen auf die Entwicklung des Projekts TARCO. Es lohnt sich, wenn möglichst viele mitmachen und Fälle liefern. Auftrag der Teilnehmer war, dass seitens des VHBB und mfe eine Vorlage geschaffen werden sollte, mit der man bei Errei-

chen der Limitation eine Kostengutsprache seitens der Krankenkasse über den Vertrauensarzt (persönlich!) einreichen sollte mit der einzelnen Problematik. Sollte eine Ablehnung eingehen, sollte diese dem Patienten bzw. den Angehörigen in Kopie zugestellt werden. Eine Alternative wäre auch, den Antrag durch den Patienten oder die Angehörigen mitunterschreiben zu lassen. Dies erhöht den Druck auch auf die Versicherung. Das BAG gibt gemäss ihrer Verlautbarung vor, dass im Falle eines Erreichens der Limitation eine Lösung mit dem Versicherer seitens des Arztes gesucht werden soll.

In den Kantonen Basel-Stadt und Baselland wäre eine Sammlung der Anträge und Antworten (positiv wie negativ) der Krankenkassen in anonymisierter Form bei der VHBB sinnvoll. Die VHBB würde es dann sowohl an die Ärztesgesellschaften wie auch an mfe (und dann ans BAG) weiterleiten. Mit einer guten Datenlage wäre auch eine publizistische mediale Aufarbeitung des Themas möglich.

Konkrete Vorlagen, Patienteninformationsblätter für das Wartezimmer und eine Wegleitung wurden bereits allen VHBB-Mitgliedern gemailt.

Bezüglich Wirtschaftlichkeitsverfahren: Sobald eine separate Kostengutsprache bei der Krankenkasse eingeholt wurde, fliessen die über die Kostengutsprache gedeckten Kosten nicht in die ANOVA-Analysen mit ein. Ratschlag seitens Rolf Temperli: bei absehbaren komplexen Patienten eine vorgängige Kostengutsprache bei der Krankenkasse einholen. Die vielen weiteren Details der Veranstaltung können hier nicht aufgezählt werden. Weiterhin stehen mfe bei Tariffragen über tarif@hausarzt-schweiz.ch und die VHBB bei Problemen mit Krankenkassen (Rückforderungen), als Vermittler für weitere Informationen und als Sammelstelle zur Verfügung.

Packen wir's gemeinsam an und versuchen wir eine Fehlentwicklung hin zu einer Entsolidarisierung mit komplexen kranken Patientinnen und Patienten im Altersheim oder zu Hause oder bei der Sterbebegleitung am Ende des Lebens zu verhindern – es lohnt sich!

Dr. med. Johannes Manggold

Erste Schritte zu einer verbesserten Grundversorgung im oberen Baselbiet mit dem KSBL

Im Vorfeld der Fusion USB und KSBL (sowie der internen Fusion des KSBL) kam es zu Veränderungen, welche auch uns Hausärztinnen und Hausärzte zunehmend betrafen und zum Teil zu einem Abgang von wichtigen Ansprechpartnern innerhalb des Spitals führten. Deshalb wurden die Notfallkreise im oberen Baselbiet aktiv und gingen mit mehreren Briefen an die Spitalleitung und die Chefärzte in die Offensive.

Erfreulicherweise kam es danach zu einem Treffen einer Delegation der Hausärzteschaft und des KSBL, wo die Defizite aufgezeigt werden konnten und ein Protokoll mit Zielen erarbeitet wurde. Hauptpunkte waren der Vertrauensverlust, wenn langjährige verlässliche Mitarbeiter nicht mehr zur Verfügung stehen, die Möglichkeiten eines Fasttracks (telefonische, unkomplizierte Kommunikation bei der Anmeldung), die Erreichbarkeit von Fachkompetenz bei Fragen, die Unsitte der internen Weiterleitung der Patienten in Spezialsprechstunden ohne Einbezug des Hausarztes, Verbesserungen im Berichtswesen (Bericht an Zuweiser und HA immer erwünscht, ausser falls nicht gewünscht von Patient), klare Information, wer wann erreichbar als Übersicht für Zuweiser).

Erfreulicherweise zeigte sich dabei auch seitens der Spitalleitung (Jürg Aebi) sowie der Chefärzte (Prof.

Beat Hintermann, Orthopädie, Prof. Robert Rosenberg, Chirurgie, Prof. Jörg Leuppi, Innere Medizin, Dr. Brigitte Frey, Gynäkologie, und Dr. Nicolas Geigy, Notfall) und des Verwaltungsrates (Prof. Werner Zimmerli) eine grosse Offenheit. Für uns HausärztInnen informativ, über die Strategie mehr zu erfahren und über die Probleme, welche die Fusion und die Zusammenlegung der Departemente mit sich bringen. Es zeigten sich aber je nach Departement noch deutliche Differenzen in der Gewichtung der von uns aufgezeigten Anliegen.

Seitens Dr. Nicolas Geigy wurde die Option eines kleinen Anhangs an den Notfallbericht zur Rückmeldung, falls es Probleme gab, angeboten und wird nun zeitnah aufgegleist. Die Ergebnisse werden dann beim nächsten Treffen ausgewertet.

Erste Früchte des Treffens zeigen sich bereits. So hat die Chirurgie unter Führung von Chefarzt Dr. Robert Rosenberg eine Initiative gestartet mit klaren Vorgaben, dass jeder Patient bei stationärem Austritt einen Termin beim Hausarzt zur weiteren Nachsorge vereinbart. Bei kleineren Eingriffen wird die erste Nachsorge immer zwingend beim Hausarzt stattfinden und kein weiteres Angebot seitens des KSBL erfolgen. Gleiches gilt neuerdings auch für weitere Abklärungen, welche nicht notfallmässig durchgeführt werden müssen

und durch den Hausarzt koordiniert und veranlasst werden sollen. Das Ziel, die Chirurgie als Ansprechpartner für die Grundversorgung in der Region als Nummer eins zu platzieren, unterstützen wir zum Wohle unserer häufig multimorbiden und älteren Patienten.

Auch in den anderen Sparten sind weitere Treffen zu einer verbesserten Zusammenarbeit demnächst mit der Inneren Medizin vorgesehen. Ein weiteres grosses Treffen im gleichen Rahmen ist für Herbst 2018 vorgesehen. Dann wird auch die Auswertung der Rückmeldungen an den Notfall erfolgen. Wir bitten daher um rege Teilnahme.

Die Zusammenarbeit mit dem KSBL und der Hausärzteschaft bringt ein Potenzial für die Grundversorgung mit sich, welches sicherlich erst am Anfang steht, aber richtig umgesetzt vielversprechend sein kann. Es zeigt einmal mehr, dass eine offene und ehrliche Kommunikation uns weiterbringen kann!

Herzlichen Dank an dieser Stelle an die Leitung des KSBL und die ChefärztInnen der einzelnen Abteilungen für die Offenheit und das Engagement, gemeinsam Lösungen für eine gute Grundversorgung zu bewerkstelligen.

Dr. med. Johannes Mangold

«Visionen für die VHBB in 20 Jahren»

Mit Interesse habe ich eure «Visionen für die VHBB in 20 Jahren» gelesen. Ausser dem Wunsch, dass die VHBB in 20 Jahren mit innerer Stärke ihre Position vertreten kann und allseits anerkannt sei, spüre ich teilweise auch eine Verbitterung wegen der herrschenden Zuständen. Schade, aber verständlich!

Als pensionierter Hausarzt habe ich mir die Frage gestellt, was sind meine Visionen VHBB 2028?

Ich wünsche mir eine VHBB, die sich für meinen Hausarzt gegenüber Krankenkassen, Politikern und GesundheitsökonomInnen dafür einsetzt, damit der Beruf des Hausarztes auch von dieser Seite die nötige Anerkennung bekommt und die sinnvolle Patientenbetreuung Hauptanliegen bleibt. Dass nicht der Tarifaufbau den Rhythmus der Konsultationen und Abklärungen bestimmt: Was in einer Konsultation erledigt werden kann, soll nicht aus tarifarischen Gründen auf mehrere Konsultationen verteilt werden müssen!

Die VHBB setzt sich dafür ein, dass wichtige Aufgaben des Hausarztes wie Hausbesuche, dringliche

Konsultationen gebührend honoriert werden. Die VHBB erklärt ihren Mitgliedern die Wichtigkeit dieser Aufgaben. Kurzfristig nötige, medizinisch indizierte Konsultationen ergeben Hektik im Praxisablauf, sollten aber in der Hausarztpraxis möglich sein. Der Patient in Not wird es ihm danken, wenn er nicht in die Notfallstation abgeschoben wird.

Die VHBB macht meinem Hausarzt bewusst, dass es sich lohnt, sich für die Interessen des Patienten einzusetzen. Oberste Maxime ist und bleibt das Patientenwohl resp. das Patienteninteresse! Die Anerkennung und Wertschätzung durch die Patienten muss immer wieder erarbeitet werden.

Die VHBB weckt in den jungen Kollegen die Freude an der vielseitigen Aufgabe des Hausarztes. Die Mitglieder der VHBB erkennen ihre Vorbildfunktion und können ihr inneres Feuer weitergeben!

Die VHBB unterstützt meinen Hausarzt bei der Vernetzung mit Spezialisten und medizinischen Spezialdiensten – nicht nur wegen des Kostenma-

nagements, sondern um mir als Patienten einen zielgerichteten Behandlungspfad aufzeigen zu können. Die VHBB hilft damit meinem Hausarzt bei der wichtigen Aufgabe, mir als Patienten den Weg durch den Dschungel der Spezialisten und paramedizinischen Leistungserbringer zu finden. Mein Hausarzt schützt mich vor Übertherapie. Die VHBB fördert bei den Mitgliedern das Wissen für «Sinnvolles» und «Machbares» bei chronischen Krankheiten.

Die VHBB weist seine Mitglieder immer wieder auf die Bedeutung ihrer sozialen Kompetenzen hin. Kommunikation mit gegenseitiger Wertschätzung wird aktiv gefördert. Vom Hausarzt erwarte ich klare Stellungnahme zu meiner gesundheitlichen Situation und seine Vorschläge zum weiteren Vorgehen. Deshalb soll mein Hausarzt durch die VHBB bestärkt werden, Verantwortung zu übernehmen.

Dr. med. Peter Strohmeier,
Facharzt Innere Medizin FMH, Oberwil

Aufruf zu Fallmeldungen (Auswirkungen TARMED-Eingriff II des Bundesrats)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir rufen Euch auf, unserem Sekretariat all jene Fälle zu melden, die als Folge der letzten beiden (bundesrätlichen) TARMED-Eingriffe zu betrachten sind. Dazu gehören etwa die Limitationen oder sonstige Beschränkungen, durch die die Gesundheit der Patientinnen und Patienten gefährdet wurde. Zum Beispiel keine Gespräche mehr mit Angehörigen oder Pflegenden, wenn die 60 Minuten des polymorbiden, bettlägerigen 76-jährigen pro 3 Monate erreicht wurden. Oder kein Rezept

mehr, weil die 60 Minuten durch ein Angehörigengespräch bereits erreicht wurden. Oder keine Übernahme von Patienten mit dicken Dossiers, welche ein Aktenstudium von über 60 Minuten erfordern. Oder keine Rundtischgespräche mit Lehrpersonen, Therapeuten, Eltern etc. bei Schulkindern mit besonderen Bedürfnissen, wenn die 30 bzw. 60 Minuten pro 3 Monate ausgeschöpft sind. Und so weiter.

Es geht hier um das Sammeln von Fakten, **wie stark die Behandlungsqualität sinkt** (dass sie

sinkt, ist so gut wie sicher) und v.a. ob hier demnächst ein Niveau erreicht wird (oder bereits erreicht wurde), welches einen behördlichen Eingriff notwendig machen würde, die aktuellen Verordnungen zu korrigieren. Letztlich liegt nämlich nach Gesetz die Verantwortung für eine gesicherte Gesundheitsversorgung bei unseren Kantonsregierungen und nicht beim Bundesrat.

VHBB-Vorstand

1909 – Zermatt als Vorbild?

Vor über 100 Jahren gab es in ländlichen Gebieten auch schon (bzw. noch immer) einen Hausarztmangel. So auch in Zermatt, das bereits seit einer ganzen Generation einen regen Tourismus kannte. Persönliches «Weibeln» nützte nichts, es wollte sich kein Arzt (modernere Definition) in Zermatt niederlassen. Dabei war sowohl im Nikolaj- (heute: Matter-) sowie im Saastal bis auf eine Heb-

amme kein medizinischer Beistand verfügbar. Schliesslich gelang es doch, einen gewissen Dr. Bayard aus dem Rhonetal zu verpflichten. Dies kostete die arme Gemeinde einen Happen Geld – der Arzt war angestellt und sagte zuerst nur für 2, dann 10 Jahre zu. Die Gemeinde hingegen liess sich für 30 Jahre vertraglich binden. Zudem erbaute sie dem Herrn Doktor samt Familie

ein Haus mit Wohnung und Praxisräumlichkeiten. Man stelle sich das vor. Ein wiederzuentdeckendes Geschäftsmodell für periphere «entartete» Gemeinden für das Jahr 2019?

Quelle: Stanislaus Kronig, «Familien-Statistik und Geschichtliches über die Gemeinde Zermatt», Ingenbohl 1927 (CH)

Aufruf zur Kandidatur für die Delegiertenwahlen Hausärzte Schweiz (mfe)

Die dritte Amtsperiode der Delegierten (und des Vorstandes) von «Hausärzte Schweiz» wird in diesem Jahr auslaufen. Basel-Stadt und Baselland können zusammen 2 Delegierte stellen (ZH und BE stellen je 4, VD 3, die übrigen Kantone je 1–2 Delegierte; daneben haben die Fachverbände SGAIM 8, die SGP 4 Sitze, die Jungen Hausärzte Schweiz [JHaS] 2 Sitze).

Die VHBB wird vom Berufsverband der «Hausärzte Schweiz» als dasjenige Organ angesehen, welches die Delegiertenwahlen BS/BL durchzuführen hat.

Die beiden bisherigen Delegierten, **Drs. Philipp Zinsser (BS) und Christoph Hollenstein (BL)**, stellen sich für eine weitere Amtsperiode zur Verfügung. Als Ersatzdelegierter hat sich

Dr. Stefan Kradolfer (BS) bereit erklärt. Auf jeden Fall wäre es gut, eine/n weitere/n Ersatzdelegierte/n aufzuführen zu können.

Wir bitten alle in Basel-Stadt und Baselland praktizierenden Haus- und Kinderärzte, allfällige Kandidaturen zu melden; Wahlkandidat/innen müssen wie alle Mitglieder der mfe einen Facharztstitel für Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin führen oder über eine als gleichwertig anerkannte Weiterbildung verfügen; dabei spielt es keine Rolle, ob sie selbständig oder im Angestelltenstatus tätig sind.

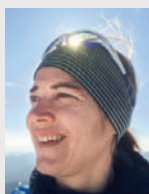
Wahlvorschläge müssen **bis zum 30.9.2018** auf dem Sekretariat, c/o MedGes, Freie Strasse 3/5, 4001 Basel, eingetroffen sein. Bitte nebst korrek-

ter Adresse Foto beilegen und wichtigste berufspolitische Engagements (keine Bedingung!) angeben.

Melden sich mehr Kandidat/innen als verfügbare Delegiertensitze, wird eine offizielle Wahl durchgeführt; in diesem Fall wird der VHBB-Vorstand die zur Wahl stehenden Kandidat/innen hier präsentieren. Ansonsten gelten die oben portierten Kandidat/innen als gewählt; für eine/n allfällige/n 2. Ersatzdelegierte/n wird nach Publikation eine Einsprachefrist laufen, welche ggf. in eine Wahl der/des 2. Ersatzdelegierten einmündet.

Für Fragen steht das Sekretariat zur Verfügung (sekretariat@vhbb.ch).

Drei Fragen an das neue VHBB-Vorstandsmitglied Dr. med. Nicole Vögele



Warum werden Sie im VHBB-Vorstand mitarbeiten?

Der VHBB macht eine hervorragende Arbeit. Leider fehlt es dem Verein zurzeit an Nachwuchs, ebenso waren die Frauen im Vorstand

nicht mehr vertreten. Dies bildet die aktuelle Situation in den Hausarztpraxen beider Basel nicht ab. Mit meinem Beitritt möchte ich dem entgegenwirken.

Welches ist Ihre Vision von der VHBB?

Ein starker Verein, der die Interessen praktisch sämtlicher Hausärzte der beiden Kantone vertritt und aufgrund seiner Grösse und Wichtigkeit auch entsprechend Einfluss hat und gerne angehört wird.

Welches ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

Ich arbeite als Hausärztin in der Praxis von Dr. med. Jürg Jutzi in Bubendorf.

Herausgeber

Vereinigung der Hausärzte beider Basel (VHBB), Sekretariat, Freie Str. 3/5, 4001 Basel, Tel. 061 560 15 18, E-Mail: sekretariat@vhbb.ch, www.vhbb.ch