

Schwerpunktthema: Gesundheitsversorgung

- 2 Forschung für eine smarte Gesundheitsversorgung
- 4 KHM-Forschungspreis 2023 geht an drei Nachwuchsforschende des NFP 74
- 5 Soziale Unterschiede in der Spitalversorgung chronisch kranker Menschen in der Schweiz
- 7 PEPrä – Unterstützung zur Prävention in der Praxis
- 9 Überlastung der regionalen Notfallmedizin
- 12 Interesse der Schweizer Spitex an «Buurtzorg»
- 14 30 Jahre *Synapse* – ein Rückblick auf eine mediale Basler Erfolgsgeschichte
- 15 Die «frühen» Jahre bis zur Jahrtausendwende (1993–2000)
- 19 Gesucht: Neue Redaktorin oder neuer Redaktor für die *Synapse*
- 19 uniham-bb

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial

«Es ist Zeit, die Notbremse zu ziehen»

Liebe Kolleginnen und Kollegen

In dieser Ausgabe wird die Gesundheitsversorgung aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet, unter anderem auch aus wissenschaftlicher Sicht des NFP 74, welches nun abgeschlossen ist. Die Erkenntnisse sind klar: Der Mensch, hier insbesondere der Patient mit mehreren chronischen Erkrankungen, muss im Zentrum stehen. Es wird festgehalten, dass die Patienten auf individueller Ebene sich sehr unterscheiden können. Auch die negativen Folgen von zu wenig hausärztlichen Versorgungsangeboten konnten aufgezeigt werden. Es ist viel von Koordination und Interprofessionalität die Rede. Aber weder Koordination noch Interprofessionalität werden heute adäquat vergütet, mehr noch: Die für die Hausärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehende Zeit für ihre Patienten wurde durch den Bundesrat massiv gekürzt und die Rahmenbedingungen in mehrfacher Hinsicht verschlechtert. Interprofessionell erbrachte Leistungen und Koordination wären im TARDOC besser abgebildet und finanziert, wobei auch dieser durch den Bundesrat drei Jahre verzögert wurde. Dies in einer Versorgungssituation, die immer kritischer wird: Nicht nur fehlt es an Berufsleuten der Gesundheits- und Medizinalberufe, sondern immer mehr auch an Medikamenten, Impfstoffen und Medizinalprodukten.

Das Einzige, was zugenommen hat, sind administrative Tätigkeiten:

Aus Sicht der Versicherer und des Bundesamtes für Gesundheit (Direktionsbereich KUV) sowie des Bundesrates steht nicht der Mensch im Zentrum, sondern das Formular.

Patientinnen und Patienten werden primär betriebswirtschaftlich und juristisch beurteilt wie Industrieprodukte. Dass auf diese Weise immer mehr Pflegenden und Ärztinnen und Ärzte, insbesondere junge schon vor Abschluss

der Facharztausbildung den Beruf verlassen, ist verständlich. Auch die Qualitätsstrategie des Bundesrates wird einen paradoxen Effekt haben: Sie wird (so, wie sie angedacht ist) die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten weiter verschlechtern. Das heisst: noch mehr Administration, noch weniger Zeit für Patientinnen und Patienten und noch mehr Pflegenden und Ärztinnen und Ärzte, die aussteigen. Dadurch wird das Gesundheitswesen noch teurer und ineffizienter. Neben riesigen Anlageverlusten, welche die leicht linear ansteigenden Gesundheitskosten egalalisieren, wenden die Versicherer jetzt nochmals signifikant mehr Geld, und zwar nicht für die Patientinnen und Patienten, sondern für die Verwaltungskosten auf. Es ist Zeit, die Notbremse zu ziehen.

Auch wenn der verantwortliche Bundesrat per Ende dieses Jahres zurücktritt, der Schaden für die nächsten fünf Jahre ist schon angerichtet. Dabei müsste sich der verantwortliche Bundesrat bezüglich Qualität selber an der Nase nehmen: Jetzt werden Millionen ausgegeben für eine Werbekampagne für ein elektronisches Patientendossier von unterirdischer Qualität ohne belegten ausreichenden Zusatznutzen. Da die Qualität so schlecht ist, hat der Bundesrat die Idee, dass die Berufsfachleute unter Androhung von Strafen gezwungen werden sollen, es zu benutzen. Ein Zurück gibt es nicht mehr, weil sonst klar würde, wie viele Millionen durch Bund und Kantone bis jetzt schon in den Sand gesetzt wurden. Eine katastrophale Umsetzung einer an sich sinnvollen Idee. Partizipation heisst das Zauberwort für komplexe Systeme. Wird dies berücksichtigt, gibt es auch positive Beispiele, wie PEPrä, das in dieser Ausgabe vorgestellt wird. Hier ist ein anderer Direktionsbereich des Bundesamtes für Gesundheit positiv involviert.

Die Redaktion der *Synapse* wünscht Ihnen eine spannende Lektüre.

Dr. med. Carlos Quinto, Mitglied Redaktion *Synapse*

Carlos Quinto



Forschung für eine smarte Gesundheitsversorgung

Das Nationale Forschungsprogramm (NFP) 74 «Gesundheitsversorgung» wurde im Sommer 2023 abgeschlossen. Es zeigt auf, wie die Versorgung von chronisch kranken Menschen in der Schweiz verbessert werden kann.

Manuela Oetterli



Manuela Oetterli ist Wissenstransferbeauftragte NFP 74

Das Schweizer Gesundheitssystem steht vor einer herausfordernden Zukunft. Es braucht vermehrt patientenorientierte Lösungen für die komplexe Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker Menschen. Aus diesem Grund hat der Bundesrat auf Initiative von Bund, Kantonen und Hausärzteschaft das Nationale Forschungsprogramm 74 «Gesundheitsversorgung» – auf Englisch «Smarter Health Care» – in Auftrag gegeben. Wichtige Ziele waren, Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Versorgung in der Schweiz besser auf diese Patientengruppe ausgerichtet und die Gesundheitsdaten optimiert werden können. Die *Synapse* berichtete bereits 2017 über die Versorgungsforschung in der Schweiz und über das NFP 74. In dieser Ausgabe folgen nun die wichtigsten Programm-erkenntnisse.

Erkenntnisse aus 34 Forschungsprojekten

Das NFP 74 hat zwischen 2017 und 2022 34 Forschungsprojekte gefördert. Die Forschenden haben verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung bearbeitet, von den Patientenpräferenzen über die Arzt-Patienten-Kommunikation und interprofessionelle Zusammenarbeit bis hin zur schweizweiten Vernetzung von Gesundheitsdaten. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Schnittstellen im Gesundheitswesen. Auf www.nfp74.ch finden sich Kurzbeschreibungen zu den einzelnen Projekten wie auch Working Papers, welche die Erkenntnisse zu den Themen Qualität, Patientenzentrierung, Koordination, Kosten, Daten und Aufbau einer

Versorgungsforschungscommunity synthetisieren. Dem Programmfazit ist eine eigene Publikation gewidmet. Es zeigt konkrete Lösungen auf individueller Ebene auf und liefert gleichzeitig Evidenz für die gesundheitspolitische Debatte im Hinblick auf eine «smarte» Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

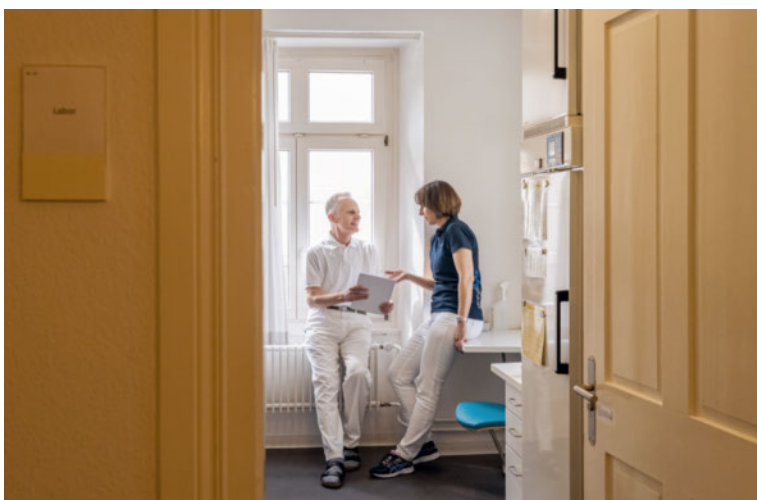
Patientenpartizipation mit Blick auf den Lebenskontext

Chronische Krankheiten nehmen viel Raum im Leben der Betroffenen ein, und die Therapie erfordert ein hohes Mass an Disziplin und persönlichem Einsatz. Um eine möglichst grosse Wirkung zu erzielen, müssen die gesundheitsbezogenen Massnahmen an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen ausgerichtet werden. Da Faktoren wie die familiäre Situation, das Einkommen oder die Wohnverhältnisse die Gesundheit einer Person und ihre Möglichkeiten, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, massgeblich beeinflussen, muss auch der Lebenskontext der Betroffenen ressourcenorientiert einbezogen werden. Verschiedene Forschungsprojekte des NFP 74 haben konkrete Umsetzungsbeispiele untersucht. So konnte das Projekt 31 «Aufbau von sorgenden Gemeinschaften für die häusliche Langzeitpflege» Modelle zeigen, die es älteren Menschen ermöglicht, trotz gesundheitlicher Einschränkungen zu Hause wohnen zu bleiben. Aber auch das Projekt 2 «Partizipative Forschung fördert partizipative Entscheidungen beim Dickdarmkrebscreening» konnte nachweisen, dass die partizipative Entscheidungsfindung in der Hausarztpraxis zu einem besseren Outcome beiträgt.

Bessere Koordination auf Augenhöhe

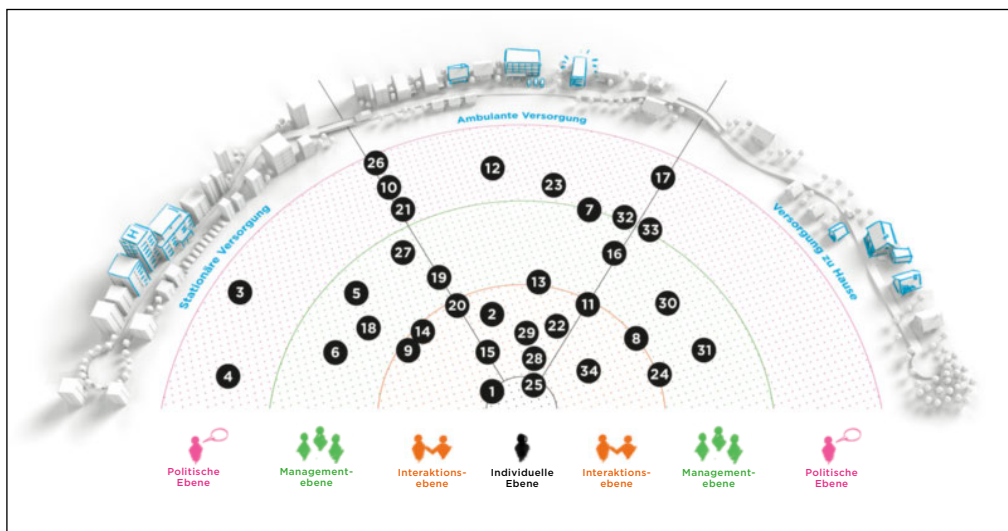
In den letzten Jahrzehnten hat die Spezialisierung und Fragmentierung in der Gesundheitsversorgung stark zugenommen.

Patientinnen und Patienten werden von immer mehr Gesundheitsfachpersonen in immer kleineren Behandlungsabschnitten betreut.



Fachpersonen müssen sich besser koordinieren, um die zunehmende Anzahl von Menschen mit chronischen Krankheiten zu versorgen. Foto: NFP 74/Salvatore Vinci

Diese zusätzlichen Schnittstellen im bereits komplexen Schweizer Versorgungssystem erschweren den Informationsfluss und die Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung und führen zu ineffizienter Ressourcennutzung.



Übersicht über die Forschungsprojekte des NFP 74. Sie richten ihren Fokus auf die stationäre, ambulante und mobile Versorgung und ihre Schnittstellen.

Verschiedene Forschungsprojekte des NFP 74 haben untersucht, welche Faktoren eine besser koordinierte, patientenzentrierte und somit smartere Gesundheitsversorgung fördern oder aber behindern. Dabei zeigte sich, dass die Menschen im System zentral sind: die Patientinnen und Patienten, die Angehörigen, die Fachpersonen aus dem medizinischen und nicht medizinischen Bereich, aber auch die Entscheidungsträgerinnen in der Verwaltung und Politik. Sie alle müssen befähigt und ermächtigt werden, vernetzt zu denken und zu handeln und auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten.

So zeigte das Projekt 18 «Interprofessionelle Austrittsplanung verkürzt Dauer des Spitalaufenthalts», dass die interprofessionell koordinierte Austrittsplanung die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten ohne negative gesundheitliche Auswirkungen reduzieren kann. Das Projekt 27 «Pflegegeleitete Versorgungsmodelle vermindern ungeplante Spitaleinweisungen» evaluierte Modelle, bei welchen die Pflegefachpersonen die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Spitälern koordinierten mit dem Resultat, dass die Zahl unnötiger Hospitalisierungen reduziert werden konnte. Das Projekt 13 «Die Schliessung von Hausarztpraxen kann zu regionaler Unterversorgung führen» wies zudem auf die Bedeutung der Hausarztpraxen für eine kontinuierliche und kosteneffiziente regionale Versorgung hin.

Entscheidungsgrundlagen für Systemgestalter
Das Gesundheitssystem befindet sich in stetem Wandel und bedarf konstanter Steuerung. Um die Auswirkung von Massnahmen beurteilen und bei Bedarf anpassen zu können, ist eine gute und über das gesamte System hinweg vergleichbare Datenbasis zentral. Auch sind verwertbare und zugängliche Daten nötig, um Behandlungsverläufe zu verfolgen und Behandlungsstandards zu etablieren. Die Politik hat diverse Bemühungen für die Verbesserung der Datenlage im Gesundheitswesen angestossen.

Verschiedene Projekte des NFP 74 haben sich mit dieser Thematik befasst. So wurde im Projekt 7 «Routinedaten aus Hausarztpraxen dienen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz» die erste und bisher einzige Datenbank der Schweiz weiterentwickelt, die auf nationaler Ebene klinische Routinedaten zur ambulanten Versorgung erfasst. Das Projekt 21 «Standardisiertes Assessment- und Berichterstattungssystem für Informationen zur Funktionsfähigkeit» entwickelte eine einheitliche Metrik, um Veränderungen der Funktionsfähigkeit von Patientinnen und Patienten über mehrere Rehabilitationskliniken hinweg zu beurteilen. Weitere Forschungsprojekte des NFP 74 haben untersucht, wie sich Eingriffe ins Tarifsysteem oder unterschiedliche Versicherungsmodelle auf die Versorgung auswirken. Sie belegen, dass mit vorhandenen Daten wichtige Fragen beantwortet werden können, aber dass dies mit grossem Aufwand verbunden und noch nicht routinemässig möglich ist.

Kulturwandel ist nötig

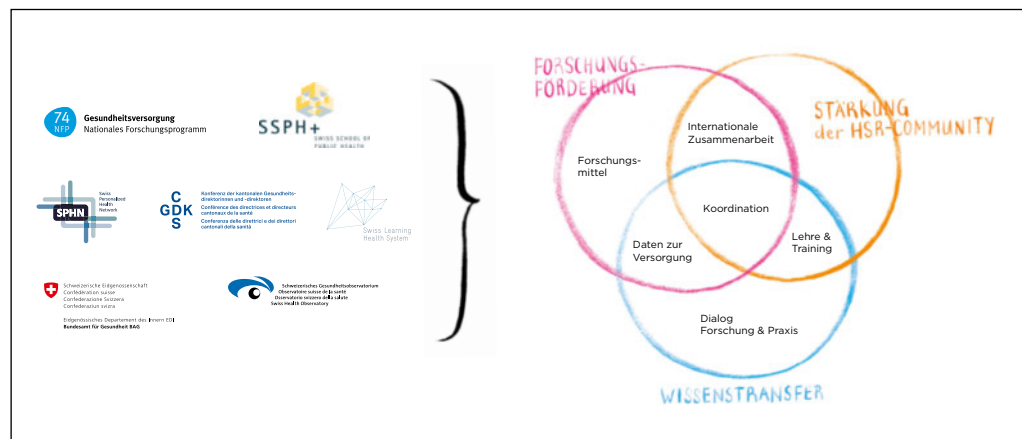
Ein Umdenken auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ist nötig, um die verfügbaren Ressourcen in der Gesundheitsversorgung effizienter zu nutzen.

Gesundheitsversorgung muss breiter und integrativer verstanden werden, mit den Menschen im Zentrum.

Das trifft die Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Dispositionen, Präferenzen und Ressourcen, die medizinischen und nicht medizinischen Leistungserbringenden mit ihren sozialen und fachlichen Kompetenzen und nicht zuletzt die Entscheidungsträger, welche die Rahmenbedingungen für eine smarte Gesundheitsversorgung setzen.

Hier kann die Forschung evidenzbasierte Lösungsansätze aufzeigen. Deren Umsetzung erfordert die systematische Zusammenarbeit von

Arbeitsgruppe
«Smarter Health Care».
Die Zukunft der Ver-
sorgungsforschung
Schweiz.



Forschung, Politik und Praxis. Einen erfolgreichen ersten Schritt machte das «Emerging Health Care Leaders»-Programm (EHCL) des NFP 74. Im Rahmen dieses innovativen Fortbildungsprogramms konnten sich Nachwuchsforschende die nötigen Kompetenzen aneignen, um im Gesundheitswesen ein vermehrt auf Kooperation und Integration ausgerichtetes Beziehungsnetz aufzubauen. Eine smarte Gesundheitsversorgung erfordert eine neue Generation von Führungspersonen, die fähig ist, den Dialog mit den verschiedenen Akteuren zu pflegen und nachhaltige gesundheitspolitische Entscheide anzustossen.

Rahmen erprobt werden. Um die Impulse des NFP 74 nun zu verbreiten und nachhaltig zu verankern, haben sich das Bundesamt für Gesundheit, die Gesundheitsdirektorenkonferenz und das Gesundheitsobservatorium mit der Swiss School of Public Health, dem Swiss Learning Health System, dem Swiss Personalized Health Network und dem NFP 74 zur Initiative «Smarter Health Care» zusammengeschlossen. Unter dem Dach von SSPH+ wird der Dialog zwischen Forschung, Politik und Praxis fortgeführt und ausgebaut. Alle Akteure des Versorgungssystems sind eingeladen, den Kulturwandel hin zu einer smarten Gesundheitsversorgung mitzugestalten.

Weitere Infos:
www.nfp74.ch



Der Dialog wird fortgeführt

Das NFP 74 hatte den Auftrag, neue Ansätze in der Gesundheitsversorgung zu entwickeln und zu erforschen. Dank dem föderalistischen Labor Schweiz konnten diese Innovationen im kleinen

Weitere Informationen dazu finden sich unter www.nfp74.ch.

Manuela Oetterli

KHM-Forschungspreis 2023 geht an drei Nachwuchsforschende des NFP 74



Dass die Forschungsergebnisse des NFP 74 relevant sind für die Hausarztmedizin, zeigt auch der Preis des Kollegiums für Hausarztmedizin, der am diesjährigen KHM-Kongress in Luzern an drei Nachwuchsforschende des NFP 74 verliehen wurde. Die Publikation von Michael J. Deml und Yael Rachamin lautet "The impact of the COVID-19 pandemic on the continuity of care for at-risk patients in Swiss primary care settings: A mixed-methods study".

Soziale Unterschiede in der Spitalversorgung chronisch kranker Menschen in der Schweiz

Die NFP-74-Studie "Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland (SIHOS)" untersuchte zum ersten Mal in der Schweiz soziale Ungleichheiten bei Spitalaufenthalten auf der Basis von repräsentativen landesweiten Daten auf Individualebene.

Die SIHOS-Studie verfolgte das Ziel, die soziale Dimension in der stationären Versorgung chronisch Kranker in der Schweiz sichtbar zu machen und Empfehlungen für eine adäquate und gerechtere Versorgung abzuleiten. In der Schweiz existierte bislang keine solide Datenbasis, um Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren, der Inanspruchnahme von stationären Leistungen und den damit verbundenen Ergebnissen zu analysieren. Der Fokus der Studie lag bei den nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen, die rund 80 Prozent der Gesundheitskosten der Schweiz verursachen [1].

Verknüpfung bestehender Daten: Medizinische Statistik und Zensus

Im Rahmen der SIHOS-Studie wurden nationale Spitaldaten und Daten zur sozialen Situation vom Bundesamt für Statistik anonymisiert und in eine Datenbank zusammengeführt. Die Datenbank umfasste 1,2 Millionen Personen ab 15 Jahren mit insgesamt 987'552 Spitalaufenthalten in der Schweiz im Zeitraum von 2010 bis 2016. Es wurden Zusammenhänge zwischen Merkmalen der stationären Behandlung und Nachsorge sowie der sozialen Lage und der Zugehörigkeit zu einer vulnerablen Gruppe sta-

tistisch analysiert. Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie Fachpersonen aus den Bereichen Medizin, Migration und Soziales ergänzten die Erkenntnisse.

Soziale Unterschiede bei Spitalaufenthalten

Abbildung 1 illustriert, wann sich soziale Benachteiligungen im Verlaufe eines Spitalaufenthaltes manifestieren können.

Ein erhöhtes Risiko, aufgrund einer chronischen Erkrankung hospitalisiert zu werden, hatten Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau, mit geringen sozialen Ressourcen und arbeitslose Personen.

Die stärksten Bildungsgradienten zeigten sich bei den ACS-Erkrankungen¹ Diabetes, Herzinsuffizienz, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) und Asthma sowie bei Lungenkrebs und bei psychischen Erkrankungen (N=1'042'706): Eine Person mit ausschliesslich obligatorischer Schulbildung hatte ein zwei- bis dreimal so hohes Risiko aufgrund einer dieser Erkrankungen hospitalisiert zu werden wie eine

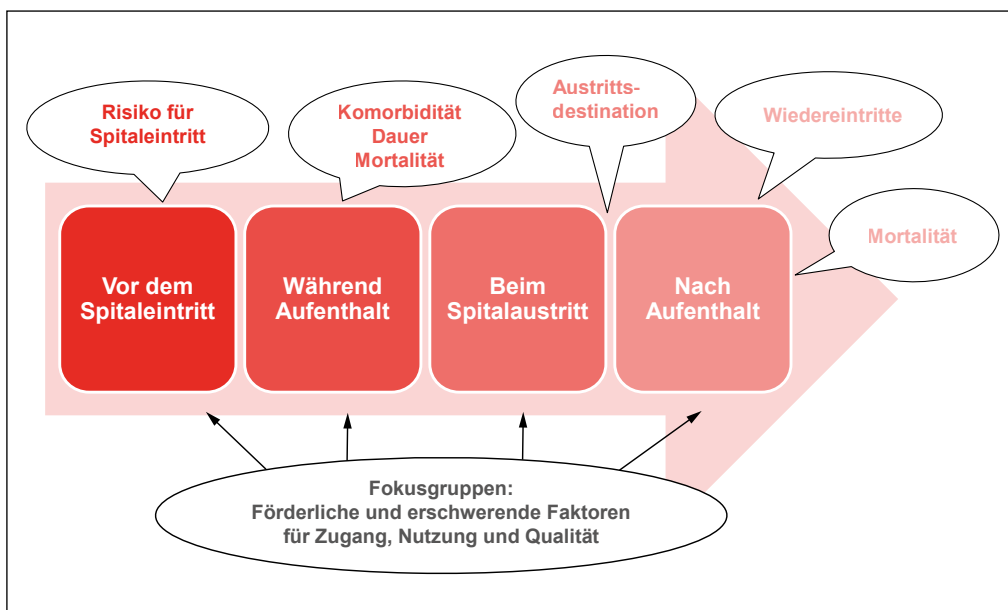


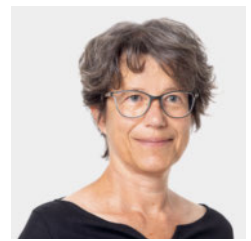
Abbildung 1: Ablauf von Hospitalisationen und mögliche Manifestationen sozialer Benachteiligung, die im Rahmen der SIHOS-Studie analysiert werden konnten.

Lucy Bayer-Oglesby



Dr. sc. nat. Lucy Bayer-Oglesby ist Projektleiterin SIHOS, Senior Researcher, HSA FHNW.

Nicole Bachmann



Prof. Dr. Nicole Bachmann ist Dozentin, HSA FHNW.

Andrea Zumbrunn



Prof. Dr. Andrea Zumbrunn ist Dozentin, HSA FHNW.

Maria Solèr



M.A. Maria Solèr ist Senior Researcher, HAS FHNW.

Alle arbeiten im Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten, Fachhochschule Nordwestschweiz.

1 ACS = Ambulatory Care Sensitive Conditions. Bei diesen chronischen Erkrankungen kann ein Spitalaufenthalt i. d.R. durch adäquate ambulante Behandlung und Betreuung, Therapietreue oder Änderung des Lebensstils vermieden werden.

Person mit Tertiärausbildung, und zwar unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Nationalität und Erhebungsjahr [2].

Im Spital (N=141'307) hatten Patientinnen und Patienten mit tiefem Bildungsstand sowohl einen etwas längeren Aufenthalt als auch mehr Komorbiditäten im Vergleich zu Personen mit Tertiärausbildung (Abbildung 2). Die längere Aufenthaltsdauer konnte dabei vollständig mit der höheren Komorbidität erklärt werden (Mediatorenanalyse). Migrantinnen und Migranten, die weder eine Schweizer Landessprache noch Englisch beherrschten, hatten unabhängig von Bildungsstatus und Gesundheitszustand etwas längere Aufenthalte [3].

Nach der Entlassung (N=62'109) waren ein tiefer Bildungsstatus und weniger finanzielle Ressourcen mit einem erhöhten Risiko für einen ungeplanten Wiedereintritt innerhalb von 30 Tagen verbunden, unabhängig von soziodemografischen Faktoren und dem Gesundheitszustand [4]. Geringe finanzielle und soziale Ressourcen und ein tiefer Bildungsstatus erhöhten bei älteren Personen, die vor dem Spitaleintritt noch zu Hause wohnten (N=60'209), das Risiko, nach dem Aufenthalt im Akutspital in ein Pflegeheim einzutreten, auch dies unabhängig von Alter, Geschlecht, Nationalität und Gesundheitszustand [5].

In *Fokusgruppen mit chronisch Kranken* wurde übereinstimmend der Wunsch nach einer kontinuierlichen und konstanten professionellen Unterstützung geäußert, die über die medizinische Behandlung hinaus gehen sollte. Während Personen in guter sozialer Lage über die Diagnose, die Einzelheiten der Behandlung und auch über mögliche Hilfestellungen nach dem Spital informiert werden wollten und erwarteten, in wichtige Entscheidungen einbezogen zu werden, äusserten insbesondere sozial Benachteiligte mit Migrationshintergrund das Bedürfnis nach einer Unterstützungsperson, die sie zu Arztterminen begleitet, die hilft Misstrauen und Ängste abzubauen und die den Zugang zum Gesundheits- und Sozialversicherungssystem erleichtert.

Bessere Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialsystem

Die SIHOS-Studie konnte aufzeigen, dass sich in der Schweiz soziale Ungleichheiten vor, während und nach einem Spitalaufenthalt manifestieren.

Je nach sozialem Faktor und chronischer Erkrankung wurden unterschiedliche Effekte festgestellt. Viele dieser Effekte wirken (teilweise) indirekt via die allgemein höhere Krankheitslast sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Häufig sind sozial benachteiligte Patientinnen und Patienten mit komplexen Gesundheits- und Sozialproblemen konfrontiert und benötigen sowohl adäquate medizinische Behandlung als auch Unterstützung bei der Bewältigung des täglichen Lebens, gerade auch in der Phase direkt nach dem Spitalaustritt. Eine gezielte Behandlung und Unterstützung, die der sozialen Situation Rechnung trägt, erhöht die gesundheitliche Chancengleichheit und entlastet gleichzeitig die medizinischen Ressourcen der Spitäler.

Die Studie weist auf die Notwendigkeit hin, die soziale Betreuung innerhalb des Gesundheitswesens zu stärken und auszubauen sowie das Gesundheits- und Sozialsystem besser zu koordinieren. Konkrete Massnahmen umfassen u. a.:

1. Ein Screening der sozialen Situation bei Spitaleintritt mit Zuweisung von Bezugspersonen.
2. Den systematischen Einbezug von Dolmetschenden und eine interprofessionelle Entlassungsplanung.
3. Krankenkassentarife für professionelle Soziale Arbeit in ambulanten und stationären Strukturen.

*Dr. sc. nat. Lucy Bayer-Oglesby,
Prof. Dr. Nicole Bachmann,
Prof. Dr. Andrea Zumbrunn,
M.A. Maria Solèr*

- [1] Wieser S, Riguzzi M, Pletscher M, et al. How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts. *Eur J Health Econ* 2018; 19: 1149–1161.
- [2] Bayer-Oglesby L, Bachmann N, Zumbrunn A. Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen | OBSAN, <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/soziale-lage-und-spitalaufenthalte-aufgrund-chronischer-erkrankungen> (2020, accessed 9 March 2021).
- [3] Bayer-Oglesby L, Zumbrunn A, Bachmann N. Social inequalities, length of hospital stay for chronic conditions and the mediating role of comorbidity and discharge destination: A multilevel analysis of hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PLOS ONE* 2022; 17: e0272265.
- [4] Zumbrunn A, Bachmann N, Bayer-Oglesby L, et al. Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PLOS ONE* 2022; 17: e0273342.
- [5] Bachmann N, Zumbrunn A, Bayer-Oglesby L. Social and Regional Factors Predict the Likelihood of Admission to a Nursing Home After Acute Hospital Stay in Older People With Chronic Health Conditions: A Multilevel Analysis Using Routinely Collected Hospital and Census Data in Switzerland. *Frontiers in Public Health* 2022; 10: 871778.

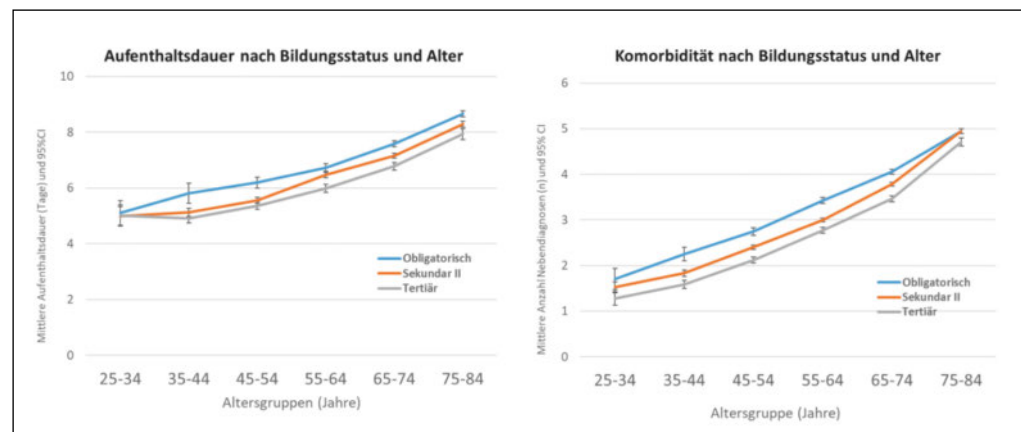


Abbildung 2: Mittlere Aufenthaltsdauer (links) und mittlere Anzahl Komorbiditäten (rechts) nach Altersgruppen und Bildungsstatus bei Spitalaufenthalten aufgrund chronischer Erkrankungen (N=141'307), Medizinische Statistik 2010–2016 und Strukturerhebung 2010–2014 [3].

PEPra – Unterstützung zur Prävention in der Praxis

Nicht übertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen und Sucht machen einen grossen Teil der Krankheitslast der Schweizer Bevölkerung aus [1]. Viele dieser Krankheiten können durch das frühzeitige Erkennen und das Beeinflussen der entsprechenden Risiko- und Schutzfaktoren vermindert oder gar verhindert werden. Hier setzt das Fortbildungs- und Unterstützungsangebot «PEPra – Prävention mit Evidenz in der Praxis» an.

Hausarzt-, Kinderarzt- und gynäkologische Praxen sind für viele Patientinnen und Patienten die erste Anlaufstelle bei medizinischen Anliegen. Die Schweizer Bevölkerung nimmt durchschnittlich 2–3 Konsultationen pro Jahr in Grundversorgerpraxen in Anspruch [2]. Sie geniessen ein hohes Vertrauen und begleiten ihre Patientinnen und Patienten oft kontinuierlich über viele Jahre [3]. Vertrauen und Kontinuität sind zentrale Voraussetzungen dafür, ungesunde Lebens- und Verhaltensweisen anzusprechen, Patientinnen und Patienten zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung zu motivieren und dabei zu begleiten. Dabei nehmen die Praxen eine zentrale Rolle der Früherkennung ein. Durch frühzeitiges Erkennen, Motivieren und an ein geeignetes Angebot Verweisen kann nicht nur persönliches Leid erspart, sondern auch insgesamt die Krankheitslast reduziert und somit Gesundheitskosten gesenkt werden.

Die Tücken des Alltags

Der Alltag in der Praxis ist jedoch ausgelastet. Das Wartezimmer ist voll, der Tag ist lang und durchgetaktet. Die Konsultationszeiten wurden durch bundesrätliche Tarifeingriffe gekürzt mit entsprechenden negativen Folgen: Oftmals ist die zur Verfügung stehende Zeit zu kurz, um die Patientinnen und Patienten so umfassend zu betreuen, wie es dem eigenen beruflichen Anspruch eigentlich genügen würde. Dies zeigen Studien, die einerseits eine Bereitschaft der Grundversorgenden zu mehr präventiver und gesundheitsfördernder Arbeit ausweisen [4]. Gleichzeitig ist aus der Praxis bekannt, dass auch trotz Interesse an präventiver Arbeit die Umsetzung immer wieder an mangelnder Zeit, organisatorischen Abläufen und strukturellen Hürden scheitert.

Unterstützung durch PEPra

«PEPra – Unterstützung zur Prävention in der Praxis» – nimmt viele der Chancen und Herausforderungen der Prävention in der Grundversorgung auf. Von Ärzten für die Grundversorgerpraxis entwickelt, bietet die Plattform Unterstützung bei der Umsetzung von Präventionsarbeit in der Praxis, die sich an den einzelnen Schritten der Früherkennung orientiert und dabei die alltäglichen Herausforderungen berücksichtigt.

1. **Erkennen:** Welche Fragen stellen, auf welche Alarmzeichen achten, welche Unterlagen abgeben? Nebst kurzen Texten bietet PEPra zu den präventionsrelevanten Themen auch Tools wie Algorithmen oder Tests, die kostenlos heruntergeladen oder auch direkt mit diesen per Mail geteilt werden können. Die PEPra-Inhalte sind für die Anwendung in der Praxis konzipiert. Wer sich in ein Thema vertiefen möchte, findet jeweils auch weiterführende Dokumente und Websites.
2. **Motivieren:** Um Patientinnen und Patienten zu einem gesünderen Lebensstil zu beraten und begleiten, braucht es eine ganzheitliche Betrachtung ihrer Lebenssituation sowie die nötigen Gesprächs- und Beratungstechniken. Dabei geht es in erster Linie darum, den Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe zu begegnen, ihnen zuzuhören, ihre Entscheidungen zu respektieren und damit ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu erzeugen. Auch im Prozess des **Begleitens** sind Gesprächstechniken relevant. Es lohnt sich, nach Fort- oder auch Rückschritten zu fragen, Erstere positiv zu verstärken und Letztere nicht zu verurteilen, sondern die Motivation und Bereitschaft zur Verhaltensänderung per se lobend hervorzuheben.
3. **Verweisen:** Nicht alles muss, soll oder kann in der Praxis selbst gemacht werden. In der Vielzahl von Angeboten das richtige zu finden ist

Salomé Steinle



Salomé Steinle ist Projektleiterin und stellvertretende Abteilungsleiterin Abteilung Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel bei der FMH.



An der Früherkennung und Prävention ist das ganze Praxis-Team beteiligt und damit Ausdruck gelebter Interprofessionalität.

- [1] BAG. Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD); 2016.
- [2] Schweizerische Gesundheitsbefragung. Konsultationen in Hausarzt- oder Allgemeinarztpraxen I Obsan; 2017.
- [3] Klein C, Pertl D, Rojatz D, Nowak P. Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis. Im Auftrag Fonds Gesundes Österreich; 2017.
- [4] Sophie Karoline Brandt, Stefan Essig, Andreas Balthasar. *Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen von Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen ausgewählter Berufsgruppen*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2023.
- [5] Steinle S, Müller P, Quinto CB, Weil B. Wirkung und Kosten von Prävention. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2021;102(45): 1475–1477. doi:10.4414/saez.2021.20276

nicht ganz einfach und kann zeitraubend sein. Auf PEPrä sind deswegen jeweils die relevantesten regionalen Angebote direkt verlinkt. Dieses Angebot wird ständig ausgebaut – damit es übersichtlich bleibt nicht quantitativ, aber auf weitere Kantone und Regionen.

PEPrä-Fortbildungen

Wie das alles umgesetzt werden kann, vertieft PEPrä in entsprechenden von SIWF und SVA akkreditierten Fortbildungen. Nebst thematischen Clinical Updates sind dabei immer auch Gesprächs- und Beratungstechniken ein Thema. Als Grundlage lohnt es sich, ein Modul zu Motivational Interviewing zu besuchen. Dieses wird als Praxisseminar oder auch Online-Fortbildung angeboten. Letztere besteht aus einem kurzen E-Learning sowie Online-Anwendungsübungen mit standardisierten Schauspielpatienten. Alle Angebote und die Möglichkeit, sich für Benachrichtigungen zu neuen Modulen einzuschreiben, finden sich unter <https://www.pepra.ch/fortbildungskalender> oder durch Scannen des QR Codes.

Gelebte Interprofessionalität – Praxis als Team

Alle PEPrä-Angebote richten sich jeweils an das gesamte Praxisteam – Ärzteschaft und Medizinische Praxisfachpersonen.

Letztere haben oft einen andern, sehr direkten Zugang zu den Patientinnen und Patienten und begegnen ihnen in anderen Situationen. Es lohnt sich also, hier interprofessionelle Zusammenarbeitsformen zu finden, weswegen PEPrä auch Teams, die gemeinsam eine Fortbildung besuchen, einen Rabatt gewährt oder auch spezifische Fortbildungen für Gruppenpraxen oder Praxisnetzwerke anbietet. Einerseits können so

interessante Aufgaben für Medizinische Praxisfachpersonen gefördert werden, was in Zeiten von Fachkräftemangel der Fluktuation entgegenwirkt. Andererseits können insgesamt sowohl Zeit wie auch Kosten gespart werden. PEPrä-Fortbildungen können optimal in einen Teambuildingprozess eingebaut werden.

Prävention: Teil der ärztlichen Tätigkeit [5]

Gesundheitsfördernde und präventive Aspekte sind, neben Diagnostik und Therapie, integrale Bestandteile einer Konsultation und können als solche im Tarmed abgerechnet werden.

Die ärztliche Konsultation ist grundsätzlich auf 20 Minuten pro Sitzung beschränkt. In Fällen mit erhöhtem Behandlungsbedarf können 30 Minuten pro Sitzung abgerechnet werden. Zusätzlich können Grundversorger spezifische Beratungen (Tarifpositionen 00.0510, 00.0515 und 00.0516) abrechnen, welche pro drei Monate 30 Minuten (resp. beim erhöhten Behandlungsbedarf 60 Minuten) abgerechnet werden können. Gerade die spezifische Beratung durch den Grundversorger ermöglicht, präventive Aspekte in die eigentliche Behandlung und Therapie einzubauen und Lösungswege aufzuzeigen.

Prävention im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Therapie kann also bereits heute abgerechnet werden. Mit der neuen Tarifstruktur TARDOC wird es in diesem Bereich für Grundversorger zusätzliche Möglichkeiten geben, da die Limitationen auf spezifische Beratungen durch den Grundversorger auf 240 Minuten pro sechs Monate angehoben werden – dies ermöglicht, typische Spitzen von Beratungsbedarf besser abzufedern und sachgerecht abzurechnen.

Salomé Steinle

Weitere Infos:

<https://www.pepra.ch/fortbildungskalender>



Was ist PEPrä?

www.pepra.ch ist eine gemeinsame Dienstleistung der FMH, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, kantonaler Gesundheitsämter und kantonaler Ärztesellschaften zur Umsetzung von Prävention im Praxisalltag. Wir bieten ein Gesamtpaket, das die Implementierung von Prävention in der Arztpraxis erleichtert: Tools zur Anwendung vor, während und nach der Konsultation, weiterführende Informationen und regionale Angebote sowie Fortbildungen.



Überlastung der regionalen Notfallmedizin

Die Notfallmedizin ist im heutigen Gesundheitssystem mehr denn je eine der zentralen und unverzichtbaren Schaltstellen. Was würde konkret bei einem Kollaps der regionalen Notfallmedizin passieren?

Eine gut aufgestellte Notfallmedizin besteht natürlich nicht alleine aus den Notfallzentren, sondern auch aus der präklinischen Notfallmedizin mit Sanität und Notärzten, der Intensivmedizin, sowie vielen Interventionalisten an unterschiedlichen Standorten.

Dennoch ist die herausragende Bedeutung der Notfallzentren zu betonen. Obwohl sie unersetzlich geworden sind, befinden sie sich in einer Dauerkrise, die spätestens mit der Ankunft der Pandemie 2020 nicht mehr zu ignorieren war.

Während 2020 eine grosse Solidarität im Gesundheitswesen zu spüren war, speziell auch den Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten der Notfallzentren gegenüber, hat sich 2021 aus deren Perspektive leider eine gewisse Entsolidarisierung gezeigt.

Im Jahre 2022 wurden in allen Schweizer und europäischen Notfallzentren Rekordzahlen von Patienten und Bettenbedarf gemeldet, was zur weiteren Erschöpfung des Personals beigetragen hat.

Diese Fakten sind wahrscheinlich allen im Gesundheitssystem Engagierten bestens bekannt. Weitgehend unbekannt sind hingegen auch vielen Insidern die wahren Gründe der Überlastung, da insbesondere in der Laienpresse praktisch ausschliesslich über unnötige Notfallbesuche lamentiert wird, was wider besseres Wissen zu einer Fehlinformation von weiten Kreisen geführt hat. Politische Aktionen wie die Einführung einer Notfallpauschale zielen auf ein Problem, das weder zentral noch einfach lösbar ist. An diesem Beispiel ist hingegen klar erkennbar, wie weit das Unwissen über die echten Probleme der Notfallmedizin in der Schweiz reicht.

Die wirklichen Gründe

Was sind denn nun die Hauptprobleme aus Sicht der direkt Involvierten? Erstens sind die absoluten Patientenzahlen inflationär angestiegen. Es ist kaum nachhaltig, ein System unverändert bei einer zweistelligen Wachstumsrate, nicht permanent nachzujustieren. Zweitens ist das Wachstum bei den Schwerkranken am eindrücklichsten, Leichtkranke nehmen prozentual sogar ab! Woher kommen diese Schwerkranken und wohin gehen sie? Wir verzeichnen in Notfallzentren europaweit einen immer grösseren Zufluss aus Alters- und Pflegeheimen – gleichzeitig nehmen die Schockraumpatienten massiv zu. Notfallzentren sind ja eine Art Kanarienvogel im Berg-

werk – immer der erste, der tot umfällt, aber nicht das Problem oder gar die Ursache. Wir spüren gesellschaftliche, soziale und medizinische Entwicklungen stets an vorderster Front, nehmen einen Teil der Wucht aus den ankommenden Wellen und versuchen unser Bestes, überbordende Ansprüche vernünftig zu regulieren. Ein Beispiel für das Wachstum im letzten Jahrzehnt sind die Statistiken des Unispitals Basel: Während ambulante Patienten um 29% zunahm, wuchsen die Zahlen im stationären Bereich um 52% und im kritischen Bereich (Schockraum) um über 300%! Auf diesen Megatrend aufgepfropft kam die Tsunamiwelle der Pandemie. Hier haben die Notfallzentren ihre «physiologischen Reserven» verloren, nämlich sehr viel wertvolles, bestens ausgebildetes Personal. Zudem wurden Probleme medizinischer Art aufgeschoben, Angststörungen in der Bevölkerung haben zugenommen und die hausärztliche Versorgung hat bezüglich Kapazität eher abgenommen. Hausärzte decken nur 25% der ganzen Wochenzeit ab, während Notfallzentren 168 Stunden Vollbetrieb haben. Patienten haben also während der Mehrheit der Wochenstunden kaum eine andere Möglichkeit, da die hausärztlichen Notdienste unbeliebt, nur minimal finanziert und oft durch Firmen geleistet werden, die der Aufgabe kaum nachkommen können.

Keine Alternativen zu Notfallzentren

Woher kommt die Welle der Patienten, die im Notfall aufschlägt und stationär weiterbehandelt werden muss? Neben der permanenten weiteren Alterung unserer Bevölkerung ist der

Roland Bingisser



Prof. Dr. Roland Bingisser
ist Chefarzt Notfall am USB.



Das Netz an Notfallzentren in der Schweiz funktioniert ausgezeichnet. Es ist im besten Sinn des Wortes ein «Service publique». (Foto: Notfallstation USB)



Das Notfall-Team am USB.

medizinische Fortschritt hier ein Treiber der Entwicklung. So kommen heute Patienten mit implantierten Defibrillatoren aufgrund eines adäquaten Schocks bei Kammer tachykardie oder einer zunehmenden Herzinsuffizienz ins Notfallzentrum. Dies, weil sie heute deutlich länger leben dank dieses Fortschrittes. Oder Patienten mit metastasiertem Melanom, die wegen Checkpoint-Inhibitoren überhaupt noch leben, aber überraschende und schwerwiegende Komplikationen erleiden, die weder in der Sprechstunde noch elektiv im Spital «gemanaged» werden können.

Gäbe es Alternativen zum Notfallzentrum für die akut Schwerkranken? Leider kaum, da das «System Akutspital» aus ökonomischen und personellen Gründen ausgereizt ist. Der ökonomische Druck hat dazu geführt, dass die Belegung von Akutbetten oft gegen 100% strebt. Wer heute ein Bett benötigt, erhält dies deshalb nur noch in Form eines Schragens im Notfallzentrum. Sollte die Belegung einmal nicht 100% sein, dann liegt das wahrscheinlich an Schwerstkranken, Sterbenden, Deliranten, Isolierten ..., die alleine im Zimmer behandelt werden müssen. Auch diese Gruppe hat stark zugenommen. Schliesslich ist der Personalmangel in der Pflege nun ähnlich wie der Klimawandel nicht mehr zu übersehen. Man spricht zwar schon lange davon ...

Es sind nicht die Bagatellen! Unsere Statistik zeigt, dass innerhalb eines Jahrzehnts die akuten Triage-Kategorien (für Insider ESI 1–3; von 5 Kategorien), in welchen die Mehrheit der Patientinnen und Patienten hospitalisiert werden müssen, von 46% auf 74% zugenommen haben. Es fehlen uns tatsächlich bereits die einfachen Fälle in unserem System. Warum? Weil der Durchfluss in einem Notfallzentrum aufgrund von einfacheren Fällen optimiert werden kann. Ein Schwerkranker muss NIE warten, weil immer jemand da ist, der stellvertretend gefahrlos warten kann – der Leichtkranke. Man stelle sich ein Notfallsystem ohne Bagatellfälle vor. Die Sanitätsfahrzeuge würden in langen Schlangen vor der Notfallrampe aufstauen – in der Hoffnung, dass ein Pflegeheimbett von Seiten Geriatrie belegt

werde, was zu einer Verlegung von der Inneren Medizin und schliesslich zu einem Abfluss eines Patienten vom Notfall führen könnte.

Dieses Beispiel zeigt zwei Prinzipien: Die Abhängigkeit der Notfallmedizin von der nachgelagerten Behandlungskette und die Wichtigkeit eines gesunden Case-mix. Würden genügend Akutbetten betrieben, wäre der Stau nicht vorhanden. Diese Betten stehen aber unter doppeltem Druck: a) von Seiten Politik («Ambulantisieren ist billiger!!») und b) von Seiten Personalmangel (fast jedes öffentliche Spital in der Schweiz hat wegen Personalmangel Betten geschlossen). Wir sind natürlich sehr für die ambulante Behandlung, wo auch immer die möglich ist.

Leider ist es so, dass wir bis an die Grenze des Zumutbaren gehen müssen, um Notfallpatienten ambulant zu versorgen, weil der Abfluss in die Spitäler stockt.

Dies wird vom Notfallpersonal als unfair empfunden, da unsere Patienten die höchsten Risiken tragen und Abklärungen und Eingriffe durch diverse Spezialfächer mit deutlich weniger Risiko ambulant erfolgen könnten.

Die Konsequenzen

Welche Auswirkungen hat diese permanente Überlastung der Notfallzentren? Erstens ist heute eine Überlast zwischen Mittag und Mitternacht praktisch normal. Diese neue Normalität bedeutet für Patienten Wartezeiten (kein grosses Problem, betrifft nur Leichtkranke) und für Mitarbeitende (grosses Problem, da Qualität und Sicherheit betroffen sind). Der Druck auf die Politik erfolgt von zwei Seiten: Kosten und Qualität. Leider werden beide schlecht erfasst und ungenügend interpretiert. Die Kosten einer Notfallbehandlung sind mit knapp 500.– vielleicht doppelt so teuer wie beim Hausarzt – immer vorausgesetzt, sie findet ambulant statt. Diese Kosten müssen aber bezüglich mehrerer Umstände relativiert werden: Erstens haben Notfallpatienten ein deutlich höheres Risiko, ernsthafte Komplikationen und Erkrankungen zu haben. Dies aufgrund der Selbsttrriage, die tatsächlich funktioniert. Deshalb ist es evidenzbasiert, breiter abzuklären. Zweitens findet die Hälfte dieser Abklärungen zu nicht Bürozeiten statt (Wie sind die Kosten für den Schlüsseldienst «out of hours»?). Drittens werden durch diese Abklärungen viele Hospitalisationen gespart. Sie führen also zu einem volkswirtschaftlichen Nutzen. Heute ist ein Notfallzentrum ein kleines Spital und z.B. werden 80% aller Thoraxschmerzen ambulant abgeklärt, während früher ein Infarkt auf einer Intensivstation ausgeschlossen werden musste. Neben dem vermeintlichen Kostenargument kommt das vermeintliche Qualitätsargument auf die Politiker zu. Leider wird die Qualität nicht

systematisch erfasst. Diese ist aber aufgrund unserer zahlreichen Studien ausgezeichnet. Vergleiche mit Topgesundheitsystemen wie Dänemark zeigen, dass das Überleben von Notfallpatienten in der Schweiz mindestens gleich gut ist, dass Diagnosen zur überwiegenden Mehrheit beim ersten Notfallbesuch gestellt werden (Kosten-Nutzen...) und dass Patienten ohne korrekte Behandlung bei chronischer Erkrankung nach einem einzigen Notfallbesuch in der Mehrheit evidenzbasiert therapiert werden. Aber wiederum wird nur eine einzige Tatsache kolportiert: die Wartezeit. Diese ist aber kein Qualitätsmerkmal, sondern nur eine Frage der Finanzen. Natürlich könnte man ein System betreiben, das kaum Wartezeiten produzierte – analog zur zweiten Gotthardröhre aber eher teuer würde.

Notfallmedizin als «Service publique»

Aufgrund ihrer unglaublichen Effizienz sind heute die meisten Notfallzentren in der Schweiz kostendeckend, auch wenn dies kein Kriterium sein dürfte.

In der Tat sind sie nämlich gewaltige Vorhalteleistungen und ein Dienst an der Bevölkerung im

besten Sinne des Wortes «Service publique». Das Netz an Notfallzentren in der Schweiz funktioniert ausgezeichnet, indem es ein echtes Netz ist, das von den kleinsten Permanenzen bis zum grössten Zentrum einen grösseren Austausch pflegt als jede andere Institution im Gesundheitswesen. Naturgemäss sind die grossen Notfallzentren das Rückgrat dieses Netzes, indem alle echten Katastrophen jederzeit und unkompliziert dorthin verlegt werden können. Eine Art Rückversicherung fürs System. Dass diese Rückversicherung nicht bezahlt und nicht einmal als Vorhalteleistung akzeptiert ist, gibt einen Hinweis auf die Haltung, sowohl der Politik wie auch der Notfallpflegeexpertinnen und -experten und Notfallmedizinerinnen und -mediziner. Wir sind stolz auf unsere Haltung, die uns verpflichtet, jederzeit für alle Hilfesuchenden da zu sein. Wir sind stolz auf unsere Effizienz und unsere Arbeitsethik. Und wir sind stolz, rund um die Uhr die einfachsten und schwierigsten Probleme lösen oder mitigieren zu können, bei Patientinnen und Patienten jeder Herkunft, jeder sozialer Klasse und jeder Krankheitsschwere.

Prof. Dr. Roland Bingisser

Das Spital, dem ich vertraue!

Einzelzimmer für alle

Zuweisungen

E-Mail: bettendisposition@adullam.ch

Telefon: +41 (0)61 266 96 00

adullam.ch

Interesse der Schweizer Spitex an «Buurtzorg»

«Buurtzorg» ist die niederländische Variante der Schweizer «Spitex». Im Unterschied zur Schweiz setzt das niederländische Modell aber stärker auf eine Organisationsform, die auf Vertrauen und Selbstorganisation beruht.

Bernhard Stricker



«Buurt» heisst im Niederländischen «Nachbarschaft» und «Zorg» steht für «Sorge». Die vom Pflegefachmann Jos de Blok 2007 in den Niederlanden gegründete Organisation richtet ihren Fokus konsequent auf die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen, die von einem eigenverantwortlichen Pflegepersonal betreut werden und die mit wenig Verwaltung und ohne teures Management auskommt. Wichtig war ihm zudem die Einbeziehung von Nachbarn und Freunden, wenn es um die Unterstützung der Betroffenen geht. Das Konzept hat inzwischen ein weltweites Echo in der Pflegeszene ausgelöst.

Auch in der Schweiz ist das Interesse gross. Deshalb haben die Spitex-Organisationen Bern, Region Olten und Zürich-Limmat einem Forscherteam der Fachhochschule Nordwestschweiz (bestehend aus Vertretern der Hochschule für Soziale Arbeit und der Hochschule für Wirtschaft) den Auftrag erteilt zu untersuchen, ob und wie das niederländische Versorgungsmodell auch in der Schweiz umgesetzt werden könnte.

Was ist Buurtzorg?

Es ging in einer ersten Phase vor allem darum, das Wesen bzw. die Kernelemente des Buurtzorg-Konzeptes zu verstehen und herauszuarbeiten. Das Ergebnis: Bei Buurtzorg haben die einzelnen (Pflege-)Teams grösstmögliche Autonomie, womit eine festgeschriebene Hierarchie unnötig wird und deshalb abgeschafft worden ist. Gleichwohl ist Buurtzorg aber kein Modell, das nur auf die Abschaffung der Führungsebene reduziert werden kann, ebensowenig auf das Ziel der Kosteneinsparung. Das entscheidende Element von Buurtzorg ist die Entwicklung einer *Kultur des Vertrauens*, und zwar auf mehreren und verschiedenen Ebenen: Es braucht das Vertrauen zwischen den Mitarbeitenden im Team, zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften, zwischen Pflegekräften und dem sozialen Umfeld (Nachbarschaft) etc.

Das Schwierige dabei ist:

Eine Kultur des Vertrauens kann nicht verordnet werden, man muss sie leben, entwickeln, pflegen und immer wieder erneuern.

Generell bedeutet dies ein anderes Verständnis von Führung und Management. Führungspersonen sind im Buurtzorg-Verständnis nicht mehr Entscheider, sondern «Ermöglicher».

Ein weiteres Wesensmerkmal des Buurtzorg-Ansatzes ist die konsequente Reduktion von Komplexität im Pflegealltag. Dies betrifft sowohl die internen Abläufe wie auch die Beziehungen zu den Klienten, zu anderen Stakeholdern und zu organisationsinternen Stellen. Für die Bedarfsfeststellung und damit die Pflegeplanung werden Budgets vereinbart, auf welche die Pflegebedürftigen Anspruch haben. Das jeweilige Budget wird gemeinsam von der Pflegekraft und der pflegebedürftigen Person verwaltet.

Konkretisierung in einer Folgestudie

Diese eher theoretischen Erkenntnisse wurden darauf in einer zusätzlichen explorativen Fallstudie konkretisiert. An diesem Forschungsprojekt nahmen drei Spitex-Organisationen aus der Deutschschweiz teil (Spitex Zürich-Limmat, Spitex Chur und Spitex AareGürbetal). Alle drei Organisationen haben eine Betriebsbewilligung der Kantone, einen öffentlichen Leistungsauftrag und agieren als Non-Profit-Organisationen. Die drei Spitex-Organisationen hatten dabei nicht den Anspruch, das niederländische Modell zu kopieren, sondern die geeigneten Elemente für ihre Betriebe innerhalb des schweizerischen pflegepolitischen und kulturellen Kontexts zu adaptieren.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden letztes Jahr im «International Journal of Health Professions» unter dem Titel «Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz» veröffentlicht.

Grundsätzlich hat die Studie gezeigt, dass eine «Eins-zu-eins-Umsetzung» des niederländischen Modells wenig sinnvoll und schwer machbar ist.

Buurtzorg könne in der Schweiz nur dann gelingen, wenn die lokalen Realitäten und die politischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Dazu gehören vor allem zwei Elemente:

- Die häuslichen Pflegedienste in der Schweiz haben traditionell einen heterogenen Qualifikationsmix bei ihren Mitarbeitenden, resultierend aus dem ausdifferenzierten Bildungssystem. In den Niederlanden gibt es zwar ein ähnlich ausdifferenziertes Bildungssystem der Pflegeberufe, jedoch stellen die Buurtzorg-Betriebe deutlich homogener ausgebildete Mitarbeitende ein, d. h. hauptsächlich mit Bachelor-Abschluss.

- Ausserdem ist die Finanzierung von Pflege und Betreuung im häuslichen Bereich unterschiedlich strukturiert. Während im Buurtzorg-Modell mit verhandelten Pauschalen gearbeitet wird, sind die Vergütungen der Krankenversicherungen für pflegerische Leistungen in der Schweiz als Zeittarif in einer Verordnung geregelt. Diese Beiträge sind nicht verhandelbar.

Auswirkungen auf die Organisation

Was bedeuten diese unterschiedlichen Voraussetzungen für die Organisation eines Buurtzorg-Betriebs in der Schweiz?

Insgesamt hätten für die Adaption des Buurtzorg-Modells drei Faktoren eine entscheidende Rolle gespielt:

Erstens brauche es einen Kulturwandel und einen Lernprozess auf allen Ebenen der Organisation. Dafür nötig sei ein gut etablierter Konsens zu den Werten und Normen des neuen Modells – und eine von Vertrauen geprägte Organisationskultur, in der ein Feedback zeitnah möglich ist und konstruktiv mit Fehlern umgegangen wird.

Zweitens müssen die Fähigkeiten und Befugnisse durch Bildungsabschlüsse miteinbezogen werden, wenn Buurtzorg in der Schweiz umgesetzt wird. Denn hierzulande sind heterogene Bildungsabschlüsse in den Spitex-Teams üblich. Diese Heterogenität ist laut den Forschenden für die bedarfsgerechte und regelkonforme Personalplanung in den selbst organisierten Teams eine grosse Herausforderung.

Drittens muss beachtet werden, dass das selbst organisierte Arbeiten in der Schweiz innerhalb stark regulierter Rahmenbedingungen stattfindet. Dies führe zu einem «Spannungsfeld von ausgeprägten Regulierungen und geforderter Agilität». Ein bedeutender Faktor ist dabei, dass das Buurtzorg-Modell einen pauschalen Stundentarif erhält. In der Schweiz muss Buurtzorg hingegen mit einer Mischfinanzierung umgesetzt werden, die klare Zeitvorgaben festlegt – und Leistungen in Bezug auf die Qualifikation der ausübenden Spitex-Mitarbeiterin regelt. Zudem kämen im Buurtzorg-Modell Aufgaben wie der Beratung, der Koordination von Netzwerken sowie dem präventiven Fördern des Selbstmanagements grosse Bedeutung zu. In der Schweiz sei der finanzierte Zeitumfang für solche Leistungen hingegen (zu) gering. Die Forschenden machen zudem Handlungsbedarf auf politischer Ebene aus:

Die nicht verhandelbaren Zeit- und Vergütungstarife in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) schränken die selbst organisierten Teams in der Schweiz stark ein.

Buurtzorg liefere mit seinen pauschalen Tarifen sowie mit seinem Fokus auf vernetzte und integrierte Leistungen Impulse für eine Reform der Finanzierung und Regulierung der Schweizer Pflege und Unterstützung zu Hause.

Bernhard Stricker, Mitglied Redaktion Synapse

Quellen:

- International Journal of Health Professions («Chancen und Herausforderungen für häusliche Pflegedienste bei der Umsetzung des Buurtzorg-Modells in der Schweiz – Ergebnisse einer explorativen Fallstudie», online publiziert am 13.10.2022)
- Spitex-Magazin (3/18 und 5/22)

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
 Ärztesgesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A
 4132 Muttenz
 E-Mail: synapse@synapse-redaktion.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger,
 Facharzt für Urologie FMH
 Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
 Dr. med. Christiane Leupold-Gross,
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
 Dr. med. Carlos Quinto MPH,
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
 Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Inserate

SciMed AG
 Matthias Scholer
 Stellenrain 24
 4103 Bottmingen
 Tel. 061 271 20 50
 E-Mail: scholer@scimed.ch

Layout, Satz und Litho

bido-graphic GmbH, Muttenz

Druck

Werner Druck & Medien AG, Basel

printed in
 switzerland

© 2023. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion Synapse gestattet.

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–
 Für Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel ist das Abonnement der Synapse im Jahresbeitrag enthalten.

«Synapse» im Internet:

www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:

18. September 2023



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland
 Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz
 Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
 Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
 Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
 Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
 E-Mail: info@medges.ch

30 Jahre *Synapse* – vom Rundschreiben zur medialen Basler Erfolgsgeschichte

Die *Synapse* – das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland (AeGBL) und der Medizinischen Gesellschaft Basel (MedGes) – feiert dieses Jahr ihr 30-Jahr-Jubiläum. Zwei Autoren, die die Geschichte der *Synapse* mitgeprägt haben – Rudolf Ott und Ruedi Bienz – blicken zurück.

Rudolf Ott



Dr. Rudolf Ott, Arzt für Allg. Innere Medizin FMH, war von 1980 bis 2010 Hausarzt in der eigenen Praxis in Biel-Benken und von 1992 bis 1994 Präsident der Ärztesgesellschaft Baselland. Seit 1.1.2016 ist er Präsident des Ehrenrates der Ärztesgesellschaft Baselland.

Der Mitglieder-Weckruf vom Januar 1993

Die Ärztesgesellschaft Baselland hatte früh erkannt, wie wichtig es ist, mit den eigenen Mitgliedern zu kommunizieren, diese zu informieren und sie in ihre Politik einzubeziehen. Am 25. Januar 1993 löste die erste *Synapse* die monatlichen Rundschreiben als Informationsmedium für die Mitglieder der Ärztesgesellschaft Baselland ab, und zwar unter dem Motto «kurz und prägnant, aber gelesen».

Die erste Redaktion bestand aus dem Präsidenten Rudolf Ott, Lukas Wagner und dem Sekretär und späteren Geschäftsführer der AeGBL Friedrich Schwab. Unterstützt wurde die Redaktion durch die damalige Sekretärin und heutigen Assistentin der Geschäftsleitung der AeGBL, Esther Weber. Ab Heft 2 waltete Claude Breitenstein als Gestalter.

Das waren die Inhalte des ersten Jahres:

Die *Synapse* 1 erscheint mit neuem Titel und unserem Logo.

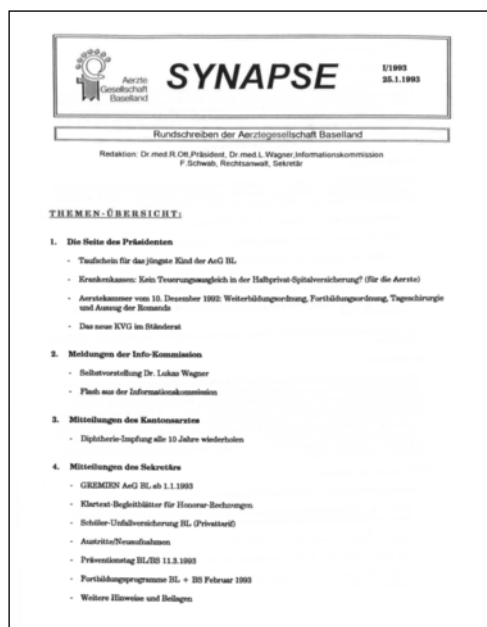
Bereits die *Synapse* 2 erscheint in attraktiverer Aufmachung. Auf der Frontseite fällt der Bericht über das *Seminar zur ärztlichen Standespolitik* auf. Heisse Fragen werden diskutiert, zum Beispiel: «Was ist eigentlich das Ziel unserer Standespolitik?» Dazu Rückblicke auf ärzte-

unfreundliche Kassensturzberichte. Quintessenz: «Aktionen sind gefragt, nicht Reaktionen». Also: «Weg vom Image der NEIN-Sager». Die Psychiater-Fachgruppe meldet die Gründung einer Arbeitsgruppe mit Anlaufstelle zum Problemkreis «Sexuelle Ausbeutung der Arzt-Patienten-Beziehung».

Die *Synapse* 3 weist auf Pläne der FMH zur Revision ihrer Strukturen im Hinblick auf den Wechsel im FMH-Präsidium 1994 hin. Unser Kommentar: «Strukturen zu ändern reicht nicht. Entscheidungsabläufe und interne Informationsvermittlung müssen angepasst werden.» Unser interner Auftrag zur geplanten FMH-Fortbildungsordnung (FBO) ist «Konzeptarbeit zum strukturierenden und kontrollierenden Teil». Der Wechsel im Bundesrat von Frau Ruth Dreifuss ins Departement des Innern führt dazu, dass sie bei den Verhandlungen der Gesundheitskommission des NR (Vizepräsidentin Frau Dr. med. Ruth Gonseth, BL) präsent ist. Dies liess Konsequenzen für das im Parlament diskutierte neue KVG erwarten.

In der *Synapse* 4 gibt es einen Aufruf zur Frühjahrs-GV mit Schwerpunkten: 7-Tage-Notfalldienst und FBO. Tenor dazu: «Lieber von Ärzten für Ärzte als von Beamten oder Funktionären für

Die ersten beiden Hefte 1/1993 und Heft 2/1993 der *Synapse*. Heft 2 schon mit professionellerer Gestaltung durch Claude Breitenstein.



Ärzte». NR Hansruedi Gysin, BL schlägt eine Fusion der SUVA mit der Helvetia-Krankenkasse vor, um mittels Präventionskampagnen die Gesundheitskosten zu bremsen und gleichzeitig durch das Kreisarztssystem die Praxis-Ärztenschaft besser zu kontrollieren.

In der *Synapse 5* berichtete ich an der Notfallkreiskonferenz über die Probeläufe mit der 7-Tage- NFD-Abdeckung, die positiv waren. Sorge bereitete die Zunahme der Anrufe aus BL an die Notfallzentrale in BS um 42% sowie der ambulanten Notfälle im Bruderholzspital um 33%. Die Allgemein-Internisten BL berichten über die Gründung einer Fachgruppe mit dem Projekt «Primärarztssystem». In der Versammlung der GAMBA (Hausärzte BL und BS) kommt es zu einem hitzigen Streitgespräch mit Dr. René Salzberg, Präsident der KWFB. Die Hausärzte fordern daraufhin eine Urabstimmung zur FBO.

Synapse 6 meldet die Bestätigung des von uns verlangten Teuerungsausgleichs im HP-Spitaltarif durch das kantonale Schiedsgericht. Unsere Mitglieder rufen wir zum Beitritt in den neu gegründeten Baselbieter Förderverein Uni Basel auf. Die Info-Kommission legt das Hauptgewicht auf eine offenere interne Informationspolitik, was auch mit der *Synapse* gelingen soll.

In der *Synapse 7* dominiert der Bericht über die Ärztekammer der FMH vom 24. Juni mit dem Haupttraktandum Fortbildungsordnung: Mit grossem Mehr wurde der Grundsatz zur «verbindlichen, strukturierten und nachweisbaren Fortbildung» angenommen. Unser Rückkommensantrag hatte keine Chance. Der Zentralvorstand der FMH verzichtete überraschend auf

den angekündigten Resolutionsentwurf zur KVG-Revision. Ausserdem: Die BRAINS-Studie der Ärztesgesellschaft Zürich (AeG ZH) stellt die Frage: Soll die AeG ZH aufgelöst werden? Die Frage ist Ausdruck der divergierenden Meinungen unter ihren Mitgliedern. Fazit: Die Basis ist bereit, für Öffentlichkeitsarbeit eine Stunde pro Woche zu investieren. Höhere Mitgliederbeiträge würden akzeptiert. Die Hauptforderung ist, eine Führungsrolle in der Gesundheitspolitik zu übernehmen.

Die *Synapse 8* meldet neue Rekorde der Anmeldungen zum Studium der Humanmedizin (1554 für 1313 Plätze). Die Hochschulkonferenz denkt über Zulassungsbeschränkungen nach, während Bundesrätin Dreifuss jeden Numerus clausus ablehnt. Die Wahlen der Ärztekammer im Juni 1994 werfen ihren Schatten voraus: Der ZV unterstützt Dr. René Salzberg als ZV-Mitglied und seine Kandidatur als FMH-Präsident. Kantonsarzt Dr. Dominik Schorr meldet, dass Hausärzte vermehrt Rohypnol-Tabletten an Patienten im Methadon-Programm abgegeben hatten, was untersagt war. Sekretär Friedrich Schwab musste an die strengen Regeln der Standesordnung (bezüglich Werbung in den Medien) erinnern. Anregungen der Kartellkommission zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen hatten Konsequenzen.

Die ersten 8 Ausgaben der *Synapse* zeigten, dass vor 30 Jahren ein Wandel in der Öffentlichkeitsarbeit der Standesorganisationen dringend wurde.

Dr. med. Rudolf Ott

Die «frühen» Jahre bis zur Jahrtausendwende (1994–1999)

1994 erscheinen 8 reguläre Hefte und 2 Sonderhefte zu den Themen UVG und KVG. Die Redaktion wird ab Heft 5 erweitert und neu organisiert. Lukas Wagner amtiert als Chefredaktor, neu stösst Martin Tschan als Chefredaktor-Stellvertreter zur Redaktion. Rudolf Ott tritt als Redaktor zurück.

Ab **1995** wird die letzte Seite des Heftes konsequent für Fortbildungsveranstaltungen genutzt. **1996** erscheinen 11 reguläre Hefte plus ein Sonderheft zur Herbst-GV. Ab der Ausgabe 4 ist Martin Tschan nicht mehr als Redaktor aufgeführt. In Heft 11 wird eine Umfrage «Öffentlichkeitsarbeit – wie weiter?» publiziert, die in Heft 1/1997 ausgewertet wird. Im Sonderheft zur Herbst-GV fällt ein von Claude Breitenstein bearbeiteter Artikel aus der Sonntagszeitung vom 13. Oktober 1996 auf mit dem Titel «FMH-Präsident fordert: Jeder vierte Arzt muss weg». **1997** erscheinen wahrscheinlich 12 Ausgaben

(die Hefte 6–9 sind im Archiv nicht vorhanden). Die Umfrage «Öffentlichkeitsarbeit – wie weiter?» wird ausgewertet. 60 Mitglieder haben die Umfrage beantwortet. Quintessenz: Es braucht mehr Öffentlichkeitsarbeit, Konzepte, Ideen, professionelle Unterstützung und mehr Geld. An der GV vom 5. Juni 1997 wird ein neues Logo für die Ärztesgesellschaft und ein radikaler Relaunch für die *Synapse* vorgestellt. Dazu gehören: Fünffarbiger Druck, Konzept, Layout und Typografie durch Schaffer & Conzelmann AG, Basel. Tobias Eichenberger, Jürg Ott und Alexandra Prünke werden in diesem Heft als neue Redaktoren vorgestellt, Claude Breitenstein und Friedrich Schwab treten aus der Redaktion aus. Lukas Wagner zeichnet zusätzlich zur Chefredaktion auch für die Inserateakquisition verantwortlich. Erstes Fazit: Das Konzept scheint gut angekommen zu sein. Bis Heft 5 erscheint die *Synapse* im bisherigen Layout, ab Heft 10

Ruedi Bienz



erscheint die Synapse in einem neuen Kleid, einzig auf die Farbigkeit wird verzichtet, sie bleibt einfarbig schwarz, aber mit verbesserter Layout-, Druck- und Papierqualität.

1998 wird die Anzahl Ausgaben auf 6 reduziert, Jürg Ott scheidet aus der Redaktion aus. Die 1997 im Konzept vorgesehene, aber bislang nicht umgesetzte Farbigkeit wird jetzt aufgenommen. Heft 2 wird als «Erste Regionalausgabe» der Synapse überschrieben, ohne dass an der Zusammensetzung der Redaktion etwas ändert. Auf Seite 3 des Heftes werden in einem «Willkomm: Guten Tag, Basel! Die Synapse kommt!» die Kolleginnen und Kollegen der MedGes begrüsst. In Heft 3 fallen zwei wichtige Mitteilungen auf. Die erste, auf Seite 1, die Mitteilung der Redaktorin Alexandra Prünfte, dass auch die AeGBL eine Homepage plane, und die zweite, auf Seite 10 («Aus dem Vorstand»), ein Dank an die MedGes, dass man die Synapse nun zum zweiten und vorläufig letzten Mal auch den Ärztinnen und Ärzten in Basel-Stadt zustellen könne. Heft 4 wird aber sogleich noch als gemeinsame Sonderausgabe zur «Gesund 98» angekündigt.

1999 erscheint im Januar eine zweiseitige Mini-Ausgabe. Ab Heft 2, Mai 1999, tritt Franz Rohrer in die Redaktion ein und es beginnt die Zusammenarbeit mit dem traditionsreichen Druck- und Verlagshaus Schwabe und dessen Tochterfirma, dem 1997 gegründeten Schweizerischen Ärzteverlag EMH. Damit kann die Synapse von den modernen Verlagsgesellschaften (inklusive der für die Finanzierung der Produktion wichtigen professionellen Inserateakquisition und einem potenten Produktionspartner) profitieren. Vertreten wird Schwabe und EMH an den Redaktionssitzungen durch den Mitinhaber und operativen Leiter von Schwabe und EMH, Ruedi Bienz. Im Editorial zu Heft 4/1999 mit dem Titel «Welcome, Synapse» beschreibt der damalige Chefredaktor der Schweizerischen Ärztezeitung, Markus Trutmann, die Idee von der Zusammenarbeit von EMH mit der Synapse.

Weiter ungelöst bleibt die Frage der Finanzierung professioneller journalistischer Arbeit. Das Heft wird weiterhin im Milizsystem von grösstenteils beruflich stark engagierten Ärztinnen und Ärzten «gemacht». Ein Problem, das noch über Jahre erhalten bleibt.

Die «Übergangsjahre» (1999–2011)

Die Verantwortung für die Finanzierung des Heftes geht an Redaktion und Verlag über. Ein erzielter Einnahmenüberschuss wird an die Herausgebergesellschaften ausbezahlt, ein Defizit belastet. Dies geht so lange gut, wie die Inserateinnahmen zu einem Überschuss führen. Anfang der 2000er-Jahre gehen die Inserateinnahmen trotz aller Anstrengungen in der Inserateakquisition zurück, was zu Defiziten und zu Diskussionen über den Ausstieg der MedGes als Mitherausgeberin führt. Als Reaktion darauf wird das Abrechnungsprozedere so weit ver-

ändert, dass Überschüsse nicht mehr ausbezahlt, sondern auf neue Rechnung vorgetragen und zur Deckung allfälliger Defizite verwendet werden dürfen. De facto geht damit die finanzielle Verantwortung für die Synapse an die Redaktion und den Verlag.

2000 erscheinen 4 Hefte mit einem namhaften Inserateaufkommen. Jean-Jacques Schaffner, Kommunikationsberater Schaffner & Conzelmann, wird ab Heft 2 als Redaktor geführt.

2001 erscheinen 6 Hefte. Nach Heft 1 scheidet Jean-Jacques Schaffner aus der Redaktion aus.

Konzept und Gestaltung des Hefts durch Schaffner & Conzelmann AG, Basel Heft 10/11, 1997 einfarbig schwarz, ab Heft 1/1998 vierfarbig.



2002 erscheinen 8 Hefte. Das Heft wird neu nicht mehr allein von der Ärztesgesellschaft Baselland herausgegeben, sondern erscheint als offizielles Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel. Die beiden Präsidenten Lukas Wagner (AeGBL) und Lutz von Laer (MedGes) kommunizieren dies im Editorial zu Heft 1 mit dem Titel «Zämme goht's besser!». Lukas Wagner übergibt das Amt des Chefredaktors an Franz Rohrer, neu in der Redaktion Einsitz nehmen Ludwig T. Heuss, Lutz von Laer, Christoph Itin und Benjamin Pia. Im Laufe des Jahres scheiden Ludwig T. Heuss und Lutz von Laer wieder aus.

2003–2011 erscheinen je 8 Hefte pro Jahr, die Redaktion bleibt unverändert. Die dringend notwendige Verbesserung und Professionalisierung der Redaktionsarbeit kann aufgrund fehlender

Finanzen weiterhin nicht umgesetzt werden.

2007 wird die Redaktion mit Beatrice Huth, Peter Kern und Sabine Lingenhel erweitert. Die *Synapse* erhält ein digitales Archiv.

2008 bleibt die Redaktion unverändert.

2009 übernimmt Claude Breitenstein ab Heft 2 die Chefredaktion von Franz Rohrer, der aus der Redaktion ausscheidet. Claude Breitenstein legt das Amt nach Heft 7 wieder nieder und scheidet aus der Redaktion aus. Ebenso scheiden Benjamin Pia, Beatrice Huth und Sabine Lingenhel aus der Redaktion aus.

2010 bleibt die Redaktion unverändert, die Chefredaktion bleibt vakant.

2011 Christoph Itin tritt aus der Redaktion zurück, Katja Heller und Carlos Quinto kommen neu in die Redaktion, die Chefredaktion bleibt vakant.

Die «Neuzeit»: Professionalisierung der Redaktionsarbeit (2012–2022)

2012 werden die Weichen für die *Synapse* neu gestellt. An einer Redaktionsitzung Ende 2011 werden Konzept und Gestaltung der *Synapse* diskutiert und neue Eckpunkte – die unter anderem eine Reduktion von 8 auf 6 Ausgaben und die Schaffung einer «Publikumsausgabe», die über die Arztpraxen an die Patientinnen und Patienten abgegeben werden sollen – beschlossen. Dazu gehört auch ein inhaltliches «Schwerpunkt-konzept» (= themenbezogene Ausgaben). Auf dieser Basis beschliessen beide Herausgebergesellschaften einen Neuanfang und sprechen einen jährlich wiederkehrenden fixen Betrag für die Produktion der *Synapse*. Dies ermöglicht eine Professionalisierung der Redaktionsarbeit, was mit dem Engagement des er-

fahrenen (Gesundheits-)Journalisten Bernhard Stricker konkret in die Tat umgesetzt wird. Ebenfalls in die Redaktion aufgenommen wird Ruedi Bienz, der wie bisher neben der Redaktionsarbeit für Koordination, Finanzen und Produktion verantwortlich ist. Lukas Wagner scheidet bei dieser Erneuerung aus der Redaktion aus. Die Details finden Sie im digitalen Archiv der *Synapse*, Heft 1/2012.

Im Jahr **2013** hat ein einmaliger Beitrag der Stiftung für freiheitliche Medizin massgeblich mitgeholfen, ein Startdefizit zu decken und diesen Aufbruch erfolgreich zu gestalten. Die Eckpunkte des neuen Konzepts bewähren sich in der Folge. Eine geregelte und klar strukturierte Redaktionsarbeit ermöglicht, inhaltlich



Zusammenarbeit der Ärztesgesellschaft Baselland mit dem Druck- und Verlagshaus Schwabe und dem Schweizerischen Ärzteverlag. Links: Heft 4/1999 «Welcome, *Synapse* von Markus Trutmann, Chefredaktor der Schweizerischen Ärztezeitung. Rechts: Ab Heft 1/2002 wird die *Synapse* «Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel».

Links: Heft 1/2012, Professionalisierung der Redaktionsarbeit und leichte gestalterische Überarbeitung, rechts: Heft 1/2023, nach der Trennung vom Schweizerischen Ärzteverlag EMH mit leichter gestalterischer Überarbeitung, die einen automatisierten XML-Auszug zur Aufschaltung auf der Website ermöglicht.



spannende und zielgerichtete Themennummern herauszugeben, welche weit über die Kantone BL und BS hinaus, auch in Politikerkreisen, Beachtung finden.

Die Redaktionsarbeit zeichnet sich weiter durch Engagement und Kontinuität aus, findet doch während 5 Jahren kein Wechsel statt. Auf Ende 2016 treten Katja Heller, Peter Kern und Alexandra Prünthe, welche vor allem auch in der Zeit ohne Chefredaktor wichtige Arbeit geleistet hat, aus der Redaktion aus.

2017 werden Burkhard Gierer, Karin Hirschi-Schiegg und Christiane Leupold-Gross neu als Redaktionsmitglieder in die Redaktion aufgenommen. Sie bringen neue Ideen und neuen Elan mit, die die Redaktionsarbeit auf der Basis des bestehenden Konzepts kontinuierlich fortsetzen und weiterentwickeln.

2018 Ruedi Bienz gibt die Leitung von EMH ab (und geht in Pension), bleibt aber auf Wunsch

der Redaktion «wegen seines grossen Wissens in der Verlags- und Druckereibranche, seiner langjährigen Erfahrung und seines grossen Netzwerks» (Zitat eines Redaktionsmitglieds) weiterhin Mitglied der Redaktion.

2019–2022 Die Synapse entwickelt sich, wird selbstbewusst «frecher» und politischer. Die Themennummern auf der Basis des «Schwerpunktekonzeptes» bewähren sich. Kontroverse Themen wie «Lobbyismus» oder «Politische Gefahren für das freiheitliche Gesundheitswesen» werden kritisch angesprochen. Natürlich ist die Synapse auch bei der missglückten Fusion der Spitäler BL und BS aktiv mit dabei und berichtet ausführlich, ebenso wie über zahlreiche andere Entwicklungen und Ereignisse. Zahlreiche positive Reaktionen aus der Leserschaft bestätigen und unterstützen die Redaktionsarbeit.

2023: Trennung vom Verlag und Neustart

Durch die Neuausrichtung des Verlags EMH und durch neue redaktionelle Bedürfnisse bei der Synapse entfernen sich Herausgeber und Verlag zunehmend weiter voneinander. Nach mehreren Gesprächen entschliesst sich die Redaktion, die Zusammenarbeit mit EMH per Ende 2022 zu beenden und die Synapse ab 2023 in eigener

Regie und mit gleichbleibendem Budget herauszugeben.

Der Neustart 2023 gelingt bereits mit Heft 1, ohne Verlag, mit einer gestalterisch leicht überarbeiteten Printausgabe und neuer Website, auf welche die Inhalte ab dem Jahr 2022 auch als XML-Daten für Handy und Tablet (und nicht nur

Online-Archiv

Zwischen 1993 und 2001 erschienenen Hefte werden zurzeit digitalisiert und laufend aufgeschaltet. Bis Ende August werden alle vorhandenen Ausgaben auf www.synapse-online.ch abrufbar sein. Zurzeit fehlen uns nur noch die Hefte 6–9 des Jahres 1997, die im Archiv nicht vorhanden sind. Falls Sie eines dieser Hefte besitzen, sind wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns dieses zur Verfügung stellen. Wir werden es digitalisieren und Ihnen wieder zurück geben.

als PDF) vorhanden sind. Erste Reaktionen sowohl auf die überarbeitete Printausgabe wie auch auf die Website sind positiv.

Die Redaktion arbeitet mit viel Enthusiasmus und vielen neuen Ideen an den nächsten Ausgaben. Der Rücktritt von Burkhard Gierer Anfang Jahr hinterlässt allerdings eine Lücke, die bisher noch nicht geschlossen werden konnte.

Die aktuelle Redaktion setzt sich zusammen aus:

- Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie, Redaktionsmitglied seit 1997
- Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg, Redaktionsmitglied seit 2017
- Dr. med. Christiane Leupold-Gross, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Redaktionsmitglied seit 2017
- Dr. med. Carlos Quinto, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Redaktionsmitglied seit 2011

- Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Redaktionsmitglied seit 2012
- Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer Schwabe und EMH, Mitarbeit in der Redaktion seit 1999, Redaktionsmitglied seit 2012

Ziel der *Synapse* ist es, aktuelle Themen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung aufzunehmen und den Mitgliedern näherzubringen. Daneben setzen wir uns für die Ziele der von einer Mehrzahl der kantonalen Gesellschaften und vom VSAO unterstützten Kampagne «Gemeinsam für ein Gesundheitswesen mit Augenmass, Ärztinnen und Patienten miteinander, füreinander».

Ruedi Bienz, Mitglied Redaktion Synapse

Weitere Infos:
www.aerzte-und-patienten.ch



Gesucht: Neue Redaktorin oder neuer Redaktor für die *Synapse*

Wenn Sie sich als Ärztin oder Arzt für gesundheitspolitische oder medizinische Themen interessieren, gerne eigene Ideen und Themen einbringen möchten und vielleicht ein Flair für Medien und Freude am Schreiben haben, sollten Sie sich bei uns melden!

Die sechsmal jährlich erscheinende Synapse erfordert sechs Redaktionssitzungen pro Jahr in der Region Basel. Falls Sie Interesse haben, aber noch zögern, laden wir Sie herzlich zu einer «Probensitzung» der Redaktion ein.

Denn wir suchen zwei neue Mitglieder in der Synapse-Redaktion.

Sie brauchen nicht zwingend Erfahrung im Texten – aber umso besser, wenn Sie dazu Lust und Talent haben! Die konkrete Ausführung und Umsetzung eines Schwerpunktthemas ist die Aufgabe des redaktionellen Profis, der Sie bei Ihren Texten auch unterstützt.

Melden Sie sich über die Redaktionsadresse:
synapse@synapse-redaktion.ch

Weitere Infos zur Synapse
www.synapse-online.ch



Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel | uniham-bb

Wichtige Termine 2023

Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45–8.30 Uhr

12. September 2023, Elektrolytlösung
PD Dr. med. Micheal Mayr, USB

5. Dezember 2023, «Dyslipidämien – immer, gezielt oder gar nicht behandeln?»
PD Dr. Thilo Burkard

Hausarztupdate am 16. November 2023





LABOR ROTHEN

Am Puls der Medizin.



Zeitnahes
Ergebnis



Am Puls
von Basel



Effizienter und
nachhaltiger
Service



Familien-
geführtes
Unternehmen

Das Labor in Ihrer Nähe



FAMH Labor Kodex

Für hohe ethische Standards im
Gesundheitswesen und der
medizinischen Laboranalytik.

famh-labor-kodex.ch

