



Synapse

Die Synapse finden Sie unter:

www.synapse-online.ch

- 4 Interviews mit den Gesundheitsdirektoren RR Carlo Conti und RR Thomas Weber
- 8 Kantonale Grenzen sind in der Kindermedizin ein geringes Problem
- 9 Die Krebsliga beider Basel: Interdisziplinär und interkantonal
- 10 15 Jahre Lungenliga beider Basel
- 11 Die VHBB – Beispiel einer sinnvollen, kantonsübergreifenden Zusammenarbeit
- 12 Das Ärzteportal am St. Claraspital Basel

Schwerpunktthema: Gesundheitsraum Basel

- 13 Das Zuweisportal St. Claraspital aus der Sicht eines Hausarztes
- 14 Schalt mal ab! – Suchtgefahr Internet
- 15 Die Zukunft der Medizinischen Notrufzentrale (MNZ) ist gesichert
- 16 Das Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) informiert

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Basel ... Gesundheitsraum oder Gesundheitstraum? Vision oder schon bald Realität? Nur Basel-Stadt und Baselland, oder auch Aargau und Solothurn? Ein gemeinsames «Spital Basel» beider Kantone BS und BL: bloss ein monopolistischer Moloch oder dringende Notwendigkeit? Bleiben wir bei der Diskussion über die Kosten im Gesundheitswesen stecken oder entwickeln wir uns hin zu einer Diskussion über dessen Nutzen? Ärzte- und Pflegemangel: Realität oder Schwarzmalerei? Primat in der Gesundheitspolitik: Ärzteschaft oder Ökonomie? Patienten: störende Kostenverursacher oder sollten sie nicht im Mittelpunkt stehen?

Fragen über Fragen! Wir alle sind aufgerufen, täglich unser Handeln und Wirken kritisch zu hinterfragen und mitzuarbeiten, unser aktuell so hochwertiges Gesundheitssystem zu pflegen und weiterzuentwickeln. Die Synapse vermag lediglich Denkanstösse zu vermitteln. Wir wünschen Ihnen eine kurzweilige Lektüre.

Herzlichst, Ihr Tobias Eichenberger,
Präsident Ärztegesellschaft Baselland

Leitartikel

Gesundheitsraum Basel – Vision oder bald Realität?

Die Synapse will als «Denkfabrik» der Vorstände von Ärztegesellschaft Baselland und Medizinischer Gesellschaft Basel eine zukunftsgerichtete Diskussion in Gang setzen. Uns ist sehr bewusst, dass dieses Heft nicht in der Lage ist, alle Optionen abschliessend aufzulisten und konkrete Lösungen zu präsentieren.

Unsere Vision des «Gesundheitsraums Basel» umfasst ein von beiden Kantonen paritätisch getragenes «Spital Basel» mit der hochspezialisierten Medizin am Standort Universitätsspital Basel und einer adäquaten, bevölkerungsnahen (erweiterten) Grundversorgung an den bisherigen Standorten Bruderholz und Liestal (oder auch später an einem neuen Standort im Raume MuttENZ/Pratteln/Münchenstein, wenn die beiden bisherigen Spitäler Liestal und Bruderholz «in die Jahre gekommen sind» und ersetzt werden müssen).

«Gesundheitsraum Basel» ... Bewusst haben wir als Titel für dieses Heft nicht «beider Basel» gewählt, es soll eine Selbstverständlichkeit werden, dass wir beginnen (und es dann auch umsetzen), regional zu denken und zu handeln. Auch haben wir verzichtet, die Kantone Aargau und Solothurn bei den aktuellen Überlegungen mit einzubeziehen, die Angelegenheit ist auch so schon komplex genug.

Wir wollen hier nicht auf Sinn oder Unsinn einer Kantonsfusion Baselstadt und Baselland eingehen. Dies muss auf der «grossen» politischen Bühne diskutiert und schliesslich vom Volk entschieden werden. Aber wir sind der klaren Meinung, dass die Zeiten der gegenseitigen Konkurrenzierung im Gesundheitssystem vorbei sind, dass wir uns diese Konkurrenz schlichtweg nicht mehr leisten können. Unsere wahre Konkurrenz ist nicht im Unispital Basel resp. im Kantonsspital Baselland, unsere Herausforderung sind die Zentren in Zürich, Bern, Genf und Lausanne. Will die Region, will nicht zuletzt die Universität und somit auch das Universitätsspital, will die Spitzenmedizin in der Region bestehen, kann und muss auch ohne Kantonsfusion zusammen geplant, entschieden und gearbeitet werden.

Dieses Konstrukt hat diverse klare Vorteile:

- Eine gemeinsame Trägerschaft beider Kantone schliesst Doppelspurigkeiten und Reibungsverluste durch eine unnötige Konkurrenzierung aus.
- Es erlaubt durch die Konzentrierung der hochspezialisierten Medizin auf ein universitäres Zentrum genügend hohe Fallzahlen und die Sicherstellung der Qualität, um im stetig härteren Wettbewerb auch mittel- und langfristig bestehen zu können.
- Es optimiert die Weiterbildung auf Stufe Assistenz- und Oberarzt durch sinnvolle Rotationen in allen Bereichen der Grundversorgung, der erweiterten Grundversorgung und der hochspezialisierten Medizin.
- Es erhält eine wohnortnahe (erweiterte) Grundversorgung durch den Erhalt der beiden Grundversorger-Spitäler Bruderholz und Liestal (mit sinnvollem Leistungsangebot).
- Es stärkt letztendlich den Gesundheitsraum Basel.

Im regionalen Gesundheitswesen wird ja bereits auf verschiedenen Ebenen erfolgreich über die Kantonsgrenze hinweg zusammengearbeitet: Kinderspital beider Basel UKBB, Krebsliga wie Lungenliga beider Basel, die bestehenden Kooperationsverträge zwischen Universitätsspital Basel und Kantonsspital Baselland, Medizinische Notrufzentrale, Hebammenverband beider Basel, Gesundheitswirtschaft Forum Basel, Samariterverein beider Basel und nicht zuletzt die Kooperation zwischen der medizinischen Gesellschaft Basel mit der Ärztesgesellschaft Baselland und dem Verband Schweizer Assistenz- und Oberärzte beider Basel inklusiver einer gemeinsamen Politagenda.

Die Synapse-Redaktion ist sich sehr bewusst, dass diese Vision schwierig umzusetzen ist und dass es dafür einen längeren und vielleicht auch schmerzhaften Prozess braucht. Aber wir sind auch überzeugt, dass eine verbesserte Zusammenarbeit über die Kantonsgrenze hinweg für die involvierten Partner ein grosses Optimierungspotential hat, dass alle Beteiligten davon profitieren würden, nicht zuletzt unsere Patientinnen und Patienten.

Es ist das Privileg einer «Denkfabrik», Ideen und Visionen zu entwickeln und Diskussionen anzustossen, manchmal auch zu provozieren. In diesem Sinne hoffen wir auf einen regen, kritischen und konstruktiven Dialog mit unserer Leserschaft.

PS: Wir hatten auch noch die beiden CEOs des Universitätsspitals Basel und des Kantonsspitals Baselland um eine Stellungnahme und um ihre Vision eines «Gesundheitsraumes Basel» gebeten. Leider eine Absage aus Baselland und keine Antwort aus Basel-Stadt.

Dr. med. Tobias Eichenberger, Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Dank

Die Redaktion der Synapse bedankt sich bei allen Mitgliedern der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel, welche durch ihren Beitrag das Erscheinen des unabhängigen Publikationsorgans der beiden Gesellschaften ermöglichen. Der Dank geht auch an alle Inserenten für ihre Unterstützung, diese wurden in Heft 12/2013 bereits namentlich erwähnt und verdankt.

Ein ganz besonderer Dank geht an die **Stiftung für freiheitliche Medizin**, welche mit ihrer Unterstützung das Defizit der Publikums-Synapse 2013 getragen und uns ermöglicht hat, mit wichtigen Anliegen der Ärzteschaft via unsere Patienten an die Öffentlichkeit zu gelangen.

Redaktion Synapse

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünke, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Nadja Huber, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
nhuber@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Marktgasse 5, CH-4051 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 17.3.2014



Thomas Weber

«Das Potential ist noch nicht ausgeschöpft»

Synapse: Welche Massnahmen oder Pläne gibt es in Ihrer Direktion heute schon im Hinblick auf einen Gesundheitsraum Basel? Und wie viel davon ist bis heute realisiert?

Thomas Weber (TW): Mit der KVG-Revision per 1. Januar 2012 und der vollständigen Spitalfreizügigkeit zwischen Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 2014 wurde im stationären Bereich ein wesentlicher Beitrag zum Gesundheitsraum Nordwestschweiz bereits realisiert. Mit dem Versorgungsbericht, der die Patientenströme in der Nordwestschweiz, das heisst des Raumes nördlich des Jurakammes (BS, BL, Teile AG und SO) untersucht, werden im Laufe dieses Jahres wesentliche Grundlagen für weitere Optimierungen vorliegen. Ein wichtiges Vorhaben ist auch die Demenzstrategie beider Basel, welche die beiden Gesundheitsdirektionen in Zusammenarbeit mit der Alzheimervereinigung erarbeiten. Was die wirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitsmarktes betrifft, haben überkantonale Faktoren wie Universität, Fachhochschule, Spitäler, Pharmaindustrie und deren Zulieferer, aber auch Kassen, Heime und Grundversorgerinnen und Grundversorger eine enorme Bedeutung im Wirtschaftsraum Nordwestschweiz

Thomas Weber (geb. 1961) wurde am 21. April 2013 in den Baselbieter Regierungsrat gewählt. Am 1. Juli 2013 hat er seine Arbeit als Vorsteher der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Basel-Landschaft aufgenommen. Nach den ordentlichen Schulen im Baselbiet und der Matur Typ C am Gymnasium Liestal hat Weber an der ETH Zürich sein Studium an der Abteilung für Bauingenieurwesen absolviert. 1987 erwarb er dort sein Diplom als Bauingenieur ETH. Bevor er in den Regierungsrat gewählt wurde, war Weber im Bundesamt für Strassen, ASTRA, Abteilung Strasseninfrastruktur, Leiter der Filiale Zofingen. Von 2011 bis 2013 war Thomas Weber Mitglied des Baselbieter Landrats.

Carlo Conti (CC): Die Gesundheitsversorgung in unserer Region ist sehr stark durch die politischen Grenzen geprägt. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung verlangt aber von den Kantonen, ihre Planungen zu koordinieren.

Mit Blick auf die neue Spitalfinanzierung haben die Nordwestschweizer Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn ihre Zusammenarbeit in der Spitalversorgung verstärkt. Sie haben erstmals gemeinsam eine Bedarfsplanung erarbeitet und diese in Versorgungsberichten publiziert. Die Kantone bekräftigen ihre Absicht, die Gesundheitsversorgung nicht nur innerhalb ihrer Grenzen, sondern in einer interkantonalen Perspektive zu planen.

Der gemeinsame Gesundheitsraum hat ab 1. Januar 2014 durch die Einführung der uneingeschränkten Spitalwahl für die Einwohnerinnen und Einwohner der beiden Basel eine Stärkung erfahren.

Abgestimmt auf die Nationale Demenzstrategie möchte der Kanton Basel-Stadt in Zusammenarbeit mit dem Kanton Basel-Landschaft eine «bikantonale» Demenzstrategie im Sinne eines «Masterplans» oder «Gesamtkonzeptes» erarbeiten, wobei jeweils die besonderen Gegebenheiten der beiden Kantone berücksichtigt werden müssen.

International besteht seit dem Jahr 2007 das Pilotprojekt «Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen». Vision ist ein einheitlicher Gesundheitsversorgungsraum in der Region des Dreiländerecks, analog zur Etablierung von Kooperationen in wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Belangen. Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen in den beiden Ländern ermöglichten die Realisierung des Pilotprojektes, insbesondere die Abgeltung der Leistungen für grenzüberschreitende Behandlungen durch die gesetzliche Krankenversicherung. Als eigentliches Vorzeigeprojekt von Kooperationen über die Grenzen hinweg kann das Onkologische Zentrum mit Strahlentherapie angeführt werden, das derzeit auf dem Areal des Kreiskrankenhauses Lörrach erstellt wird. Dieses Angebot wird vom Universitäts-spital Basel zusammen mit privaten Investoren realisiert und wird im laufenden Jahr seinen Betrieb aufnehmen.



Dr. iur. Carlo Conti

«Ein Gesundheitsraum orientiert sich idealerweise an den Versorgungsbedürfnissen der Patienten»

Wie müsste ein Gesundheitsraum Basel Ihrer Meinung nach idealerweise beschaffen sein? (Zentral oder dezentral strukturiert? Staatlich gesteuert oder freier Markt? Wie finanziert? Etc.)

TW: Die Nordwestschweiz ist durch den Jurabogen etwas vom Mittelland abgeschnitten, womit sich der Grossteil der Gesundheitsversorgung auf die vier Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt und Solothurn konzentriert. Seit der KVG-Revision und der damit verbundenen Einführung der freien Spitalwahl per 1. Januar 2012 ist der freie Markt und der Wettbewerb unter den Leistungserbringern bereits eingeführt. Ob die vom Bund wiederum auferlegte Beschränkung der frei praktizierenden Ärzte oder auch die extensive Auslegung der Definitionen im Bereich der hochspezialisierten Medizin zum Ziel führen oder kontraproduktiv sein werden, lässt sich aktuell nicht schlüssig bestimmen. Es wird auf die flankierenden Massnahmen ankommen. Für die weitere Entwicklung des gemeinsamen Wirtschafts- und Gesundheitsraums ist ein möglichst freier Markt unentbehrlich, der auf Wettbewerb, Innovation und Eigenverantwortung setzt.

Ist die Konzentration auf den (Gesundheits-) Raum Basel sinnvoll oder müsste er erweitert oder verkleinert werden?

TW: Wie bereits in der Antwort zur vorherigen Frage ausgeführt, ist der Gesundheitsraum Nordwestschweiz durch die geographischen Gegebenheiten definiert und damit auch durch Faktoren wie die Erreichbarkeit der Versorgungsstandorte. Ihn bezüglich Grundversorgung zu erweitern, halte ich für wenig zweckmässig, verkleinern sollten wir ihn schon aus ökonomischen Gründen nicht.

Welche Funktionen haben Landes- und Kantonsgrenzen in einem künftigen Gesundheitsraum (beider) Basel? Geht es um deren Überwindung oder um eine sinnvolle Verknüpfung?

TW: Bei der Gesundheitsversorgung wurden die Kantonsgrenzen mit der Einführung der Spitalfreizügigkeit bereits aufgehoben. Mit dem Projekt «Monitoring der Patientenströme» analysieren die Kantone AG, BL, BS und SO wie erwähnt zurzeit die Wirkung der seit 1. Januar 2012 eingeführten Freizügigkeit. Mit diesem Projekt soll aufgezeigt werden, wie sich die Patientenströme mit der Freizügigkeit entwickeln. Also auch, welche Leistungen vornehmlich in der Nordwestschweiz versorgt werden

Dr. iur. Carlo Conti (geb. 1954) ist seit 2000 Vorsteher des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt. Seit 2009 ist er zudem Regierungsvizepräsident. Nach einem Studium und Doktorat der Jurisprudenz an der Universität Basel war er zunächst als Anwalt und dann in leitender Position in der Rechtsabteilung von Hoffmann-La Roche tätig. Er ist Präsident der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), Vizepräsident von Swissmedic und Mitglied des Verwaltungsrates der SwissDRG AG.

CC: Ein Gesundheitsraum orientiert sich idealerweise an den Versorgungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Diese sind vor allem durch den Wunsch nach wohnortsnahen und qualitativ hochstehenden Angeboten bestimmt. Diese beiden Ziele stehen zum Teil in Konkurrenz. Dank weiteren Fortschritten in der Medizin können mehr Krankheiten besser behandelt werden. Dies kann nur durch eine gewisse Konzentration der einzelnen Angebote in einer hohen Qualität und gleichzeitig optimalen Wirtschaftlichkeit erfolgen. Der Gesetzgeber hat unser Gesundheitssystem als Mischsystem mit marktwirtschaftlichen Elementen und staatlicher Planung definiert. Dieses gilt es laufend zum Nutzen der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln.

CC: Die Kantonsgrenzen entsprechen heute nicht mehr den gewachsenen Agglomerationsräumen, weshalb vermehrt in regionalen Versorgungsräumen geplant werden muss. In der Regel sollten die gewachsenen Agglomerationsräume das massgebliche Kriterium sein. Dies ist nördlich des Jura auf schweizerischer Seite mit den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft sowie Aargau und Solothurn schon teilweise gegeben.

CC: Wie gesagt: Ein Gesundheitsraum muss sich nach verschiedenen Kriterien im Interesse der Patienten sinnvoll organisieren. Kantons- und Landesgrenzen sollten diesen sachgerechten Punkten untergeordnet sein. In dieser Hinsicht gibt es verschiedene Instrumente. Dazu gehören, wie oben bereits genannt, interkantonale Konkordate oder internationale Vereinbarungen oder Rahmenabkommen, welche grenzüberschreitende Kooperationen Regeln geben und diese dadurch entweder erst ermöglichen oder erleichtern. Ein weiteres Beispiel hierfür ist etwa die gegenwärtig im Entste-

können und für welche Leistungen Patientinnen und Patienten andere Standorte der Schweiz aufsuchen. Die Gesundheitsversorgung über die Landesgrenzen hinaus ist leider nur für einzelne Versorgungsleistungen relativ offen. Für den Wirtschaftsraum Nordwestschweiz sind Kantons- und Landesgrenzen nicht relevant. Hier geht es vor allem darum, attraktive Bedingungen für Industrie und Dienstleister zu schaffen, um unter anderem Arbeitsplätze zu sichern und zu schaffen, aber auch um den Patientinnen und Patienten qualitativ hochstehende Leistungen zu tragbaren Preisen anbieten zu können.

Wo liegen Ihrer Meinung nach die grössten Hindernisse im Hinblick auf die Schaffung eines Gesundheitsraumes Basel?

TW: Bei der Gesundheitsversorgung wurden die Bedingungen durch die KVG-Revision geschaffen und unter der Zusammenarbeit der vier erwähnten Kantone im Projekt «Monitoring der Patientenströme» werden diese auch vertieft. Die Resultate werden Aufschluss geben, inwiefern weitere Unterstützung notwendig sein wird, oder ob die Freizügigkeit die Entwicklung des Wettbewerbs bereits genügend vorantreibt. Letztlich ist es wichtig, dass im Gesundheits- und Wirtschaftsraum Nordwestschweiz gleich lange Spiesse geschaffen sind und dass seitens Bund Behinderungen und Verzerrungen im überregionalen Wettbewerb möglichst eliminiert werden.

Wo liegt Ihrer Meinung nach das grösste Potential eines Gesundheitsraumes Basel? (Vorbild für die Schweiz?)

TW: Die Gesundheitsversorgung Nordwestschweiz ist in Verbindung von Lehre, Forschung und Pharma / Life Sciences schweizweit einzigartig. Das Potential ist noch nicht ausgeschöpft. Zu beachten ist jedoch, dass das Patientenvolumen nördlich des Jurabogens begrenzt ist. Das heisst, die Spezialitäten des Gesundheitsversorgungsangebots sollen auch in der übrigen Schweiz als aussergewöhnlich wahrgenommen werden. Der Wirtschaftsraum Nordwestschweiz hat für weite Teile der Schweiz einen Beispielcharakter. Hier geht es darum, die Position weiter zu stärken und Innovationen zu fördern, sei es in der integrierten Versorgung, in der klinischen Forschung, im ambulanten Bereich oder in der Tarifgestaltung.

Das Gesundheitswesen wird heute in der Schweizer Öffentlichkeit tendenziell unter dem negativen Aspekt der Kostenanfälligkeit und des Spardrucks wahrgenommen.

TW: Der Kosteneffekt steht in der Tat zu oft im Zentrum der öffentlichen Diskussion über die Gesundheitsversorgung, und damit wird der hohe volkswirtschaftliche Nutzen der Gesundheitswirtschaft zu Unrecht etwas aus dem Fokus verdrängt. Alle

hen begriffene «Interkantonale Vereinbarung über die kantonalen Beiträge an die Spitäler zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und deren Ausgleich unter den Kantonen» (kurz: Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV). Damit soll die Abgeltung der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten gesichert werden, weil die neue Spitalfinanzierung eine separate Finanzierung verlangt. Eine weitere innovative und grenzüberwindende Lösung stellt die Zusammenarbeit in der Herzmedizin des Universitätsspitals Basel mit dem Berner Inselspital dar.

CC: Die Überwindung der Grenzen stellt immer wieder eine komplexe und langwierige Herausforderung dar. Damit meine ich nicht nur Kantons- oder Landesgrenzen. Genauso wichtig ist die gute Vernetzung über die institutionellen Grenzen hinweg, z.B. ambulant und stationär. Auch hier braucht es die organisatorische Weiterentwicklung. Mit dem Modellprojekt eHealth wird hier im laufenden Jahr ein wichtiger Schritt gemacht. Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt hat die notwendigen Mittel gesprochen, damit die bereitstehende Infrastruktur nun für die Nutzung freigegeben werden kann.

CC: Die Gesundheitsregion zeichnet sich als wichtiger Forschungsstandort und Sitz zahlreicher Life-Sciences-Firmen durch ein breites medizinisches und hochspezialisiertes Angebot mit dem Universitätsspital als der Maximalversorger für die ganze Region aus. Damit die Life-Sciences-Industrie am Standort Basel ihre überdurchschnittlich hohe Leistungsfähigkeit nicht nur beibehalten, sondern erfolgreich ausbauen kann, gilt es, die Life-Sciences-spezifischen Rahmenbedingungen laufend zu optimieren.

Im Juni 2011 haben die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gemeinsam mit der Handelskammer beider Basel den Bericht «Gemeinsame Strategie ab 2010 und Massnahmenplan der Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt sowie der Handelskammer beider Basel für eine klinische Forschung und Wachstum im Bereich Life-Sciences in der Region Basel» verabschiedet. Im Fokus dieses Berichts steht die Stärkung der klinischen Forschung in der Region Nordwestschweiz unter der Federführung der Medizinischen Fakultät der Universität Basel.

CC: Das schweizerische Gesundheitswesen zeichnet sich durch gut erreichbare Gesundheitsdienste, eine grosse Auswahl an Leistungserbringern und Versicherern sowie eine breite Abdeckung der grundlegenden medizinischen Leistungen und Arzneimittel-

men. Welche (PR-?)Massnahmen würden Sie ergreifen, um in einem künftigen Gesundheitsraum Basel die positiven Aspekte des Gesundheitswesens hervorzuheben? Wie wichtig ist deren Verankerung in der Bevölkerung?

im Gesundheitsraum Beteiligten müssen sich stets bewusst sein, dass auch sie stets einen Beitrag zur Verbesserung und Effizienzsteigerung zu leisten haben. Die Bevölkerung erwartet zu Recht hohe Qualität und tragbare Kosten. Wenn dieses Gleichgewicht stimmt, ist die Akzeptanz hoch, und daran arbeiten wir alle gemeinsam.

tel aus. Die Lebenserwartung in der Schweiz liegt im internationalen Vergleich sehr hoch. Dies geht aus einem Bericht der OECD aus dem Jahr 2011 hervor, welcher zum Schluss kommt, dass die Schweiz eines der besten Gesundheitssysteme der Welt besitzt, welches insbesondere mit einer hohen Patientenzufriedenheit verbunden ist. Das Gesundheitswesen in der Schweiz hat sich zu einem wichtigen Wirtschaftszweig entwickelt und generiert einen hohen volkswirtschaftlichen Nutzen. Es trägt somit auch zum Wohlstand der Bevölkerung bei:

Vor diesem Hintergrund haben wir vor drei Jahren das Basler Forum Basler Gesundheitswirtschaft ins Leben gerufen. Dieser Kongress findet dieses Jahr am 3./4. Juli statt. Im Rahmen dieser Veranstaltung wird das Gesundheitswesen umfassend betrachtet, gerade mit dem Ziel, den Nutzen der Gesundheitswirtschaft deutlich zutage treten zu lassen.

Nirgendwo auf der Welt ist die Life-Sciences-Industrie für die regionale Wirtschaft so wichtig wie in der Region Basel. Was heisst das für einen künftigen Gesundheitsraum Basel? (Politische und/oder steuerliche Privilegierung?)

TW: Für die weitere Entwicklung und Positionierung des Wirtschaftsraums Nordwestschweiz ist der Life-Sciences-Cluster enorm wichtig. Es geht darum, seinen Bestand zu sichern und ihm optimale, zukunftsfähige Rahmenbedingungen zu bieten. Dazu gehören neben steuerlichen zum Beispiel auch verkehrstechnische und raumplanerische Faktoren, hochstehende Forschungs- und Ausbildungsstätten, attraktiver Wohnraum sowie auch Erholungs-, Sport und Kulturangebote. Stadt und Land ergänzen sich hier sehr gut.

CC: Die Life-Sciences-Industrie ist für den Raum Basel sehr wichtig. Ihre wirtschaftliche Bedeutung äussert sich in mehr als 26 000, zum grössten Teil hochqualifizierten Arbeitsplätzen. Sie leistet einen Beitrag an der regionalen Bruttowertschöpfung von rund 24%. Es liegt demnach im wirtschaftlichen Interesse der beiden Kantone, dass das überdurchschnittliche Wertschöpfungspotential der Life-Sciences-Industrie über die nächsten Jahre und Jahrzehnte bewusst und gezielt weiterentwickelt wird.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Kantonale Grenzen sind in der Kindermedizin ein geringes Problem

Das UKBB ist ein gelungenes Beispiel für ein eigenständiges, universitäres Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Lehre und Forschung, das den «Gesundheitsraum Basel» bereits seit Jahren praktiziert.

Ein «Gesundheitsraum Basel» wurde für die Kindermedizin der Region bereits im 19. Jahrhundert Realität: 1846 richtete Anna Elisabeth Burckardt-Vischer im Nebenhaus ihres Wohnsitzes an der St. Johannis-Vorstadt in Basel ein kleines Spital für kranke Kinder ein. Zehn Jahre später, am 2. Januar 1862, wurde das erste eigene Kinderspital in Basel eingeweiht. Bis 1960 stellte das Kinderspital an der Römeggasse die medizinische Versorgung für Kinder und Jugendliche aus der ganzen Region Nordwestschweiz sowie aus der Gegend um Lörrach und dem angrenzenden Frankreich sicher.

In den 1960er Jahren verkleinerte sich das Einzugsgebiet des Basler Kinderspitals: Lörrach erhielt eine eigene Kinderklinik, die Grenze zu Frankreich wurde für die Patienten undurchlässiger. Und schliesslich gründete Baselland 1973 auf dem Bruderholz eine eigene Kinderklinik. In den darauffolgenden Jahren erlebte die Zusammenarbeit zwischen den beiden Kinderspitälern in Basel Höhen und Tiefen. Erst in den 1990er Jahren wuchs das Bewusstsein, dass es sinnvoll wäre, die Kindermedizin von Baselland und Basel-Stadt aus Synergiegründen wieder zusammenzuführen. Ende 1995 fällten die Regierungsräte beider Basel den Grundsatzentscheid für die Zukunft eines gemeinsamen Kinderspitals.

Am 1. Januar 1999 beginnt schliesslich ein neues Kapitel in der Geschichte der Kinderheilkunde der Region Basel: Das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) ist geboren – allerdings auf verschiedene Standorte verteilt. Schon nach kurzer Zeit wird klar, dass der Aufwand für eine gute Medizin unter diesen Umständen sehr gross ist. Im August 2000 sprechen sich die Regierungen der Trägerkantone für einen einzigen Standort aus, am 29. Januar 2011 nimmt das UKBB schliesslich seinen Betrieb im Neubau an der Spitalstrasse 33 in Basel auf.

Gemeinsam für das Wohl der Patienten

Das UKBB ist ein eigenständiges, universitäres Kompetenzzentrum für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Lehre und Forschung. Über 80 000 ambulante Behandlungen werden pro Jahr am UKBB durchgeführt, 2013 waren gut 32 000 davon Besuche auf dem Notfall. Dazu kommen jährlich 6500 stationär behandelte Kinder und Jugendliche.

Das UKBB betreibt zurzeit rund 20 Prozent der universitären Kinderspitalbetten in der Schweiz und ist die einzige Universitäts-Kinderklinik in der Nordwestschweiz. Zusammen mit der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau und der Kinderklinik des Kantonsspitals Delémont betreut es die Kinder der Region Nordwestschweiz (Einzugsgebiet von ca. 1 Mio. Einwohnern). Integraler Bestandteil des kindermedizinischen Grundversorgungssystems in der Region sind auch die niedergelassenen Pädiater. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Spital und Praxis ist für die optimale Grundversorgung in der Region unerlässlich.

Was in der Grundversorgung die Zusammenarbeit mit den Praxispädiatern, ist in der hochspezialisierten Medizin die Zusammenarbeit mit den Kinderspitälern aus den anderen Regionen in der Schweiz: Rund ein Drittel der stationären Patienten am UKBB leben nicht in der Nordwestschweiz und kommen für ihre Behandlung im Rahmen der Interkantonalen Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) nach Basel. Die verschiedenen Kinderspitäler erbringen verschiedene, sich ergänzende Leistungen: Die heutigen universitären Schwerpunkte am UKBB betreffen das Perinatal-Zentrum und die Entwicklungspädiatrie, das Head, Spine and Limb Zentrum und die funktionelle Forschung am wachsenden Kind, das Kindertumor-Zentrum mit einer Knochenmarkstransplantationsstation sowie das Zentrum für die Knochen- und Weichteiltumore. Seit einigen Jahren werden auch ein Lungen-Thoraxzentrum sowie ein Pädiatrisches Pharmakologie-Zentrum aufgebaut. Das UKBB hat 18 Forschungsgruppen und konnte im Jahr 2012 118 das Peer-Review erfolgreich durchlaufene Publikationen

veröffentlichen. Ebenso ist das UKBB in der Region führend für die Aus-, Weiter- und Fortbildung verschiedener Berufsgruppen für die Kindermedizin.

Ausbau der Schwerpunkte und Netzwerke

Ziel des UKBB ist nicht eine Mengenausweitung. Hingegen sollen die Schwerpunkte der Spitzenmedizin weiter ausgebaut und gesamtschweizerisch einem weiteren Patientengut zugänglich gemacht werden. Zusätzliche, noch nicht im schweizerischen Netzwerk vorhandene Schwerpunkte sollen ergänzt und ein Ausbau der Netzwerke in der Schweiz und im grenznahen Deutschland und Frankreich angestrebt werden. Im ambulanten Bereich wird angestrebt, das Portfolio der Spezialsprechstunden auszubauen, dort wo sie für die Schwerpunkte notwendig sind und ausserhalb des Spitals nicht angeboten werden.

Kantonale Grenzen sind in der Kindermedizin – im Gegensatz zur Erwachsenenmedizin – ein relativ geringes Problem, zumal die Behandlung von knapp 40 Prozent der Patienten von der IV bezahlt wird. Die Kindermedizin hat jedoch damit zu kämpfen, dass mit dem auf die Erwachsenenmedizin ausgerichteten SwissDRG-Fallpauschalensystem abgerechnet wird.

Da die Kindermedizin aber einen rund 30 Prozent höheren Betreuungs- und Pflegeaufwand aufweist, können nur 20 bis 30 Prozent höhere Baserates eine ausreichende Finanzierung der Leistungen in der Kindermedizin garantieren – auch in Zukunft! Denn mit der Zentralisierung der Kindermedizin an einem Standort und der modernen Infrastruktur kann das UKBB heute eine ausgezeichnete Versorgung vom primären bis zum tertiären Sektor anbieten und den universitären Bedürfnissen in Lehre und Forschung gerecht werden.

Dr. med. Conrad E. Müller

Dr. med. Conrad E. Müller ist CEO des UKBB und Vorsitzender der Geschäftsleitung.

Die Krebsliga beider Basel: Interdisziplinär und interkantonal

Die Krebsliga beider Basel (KLBB) wurde 1957 von zwei Basler Ärztopersonlichkeiten, Prof. Rudolf Nissen, Ordinarius für Chirurgie und Prof. Thomas Koller, Ordinarius für Gynäkologie, gegründet. Anlass war die Ohnmacht der Ärzte im Kampf gegen den Krebs.

In einem Brief aus dem Jahr 1957 beschreibt Prof. Rudolf Nissen die damalige Situation bezüglich der Krebsbekämpfung wie folgt: *«Seit Jahren führt die Schweizerische Nationalliga für Krebsbekämpfung, welche 1910 gegründet wurde, einen unablässigen Kampf gegen einen der unheimlichsten Feinde von Gesundheit und Leben. Um diesen Kampf zu intensivieren und weitere Schichten der Bevölkerung für ihre Bestrebungen zu gewinnen, sind 19 einzelne kantonale Ligen gegründet worden, denen die Aufgabe zufällt, sich stark mit der Früherfassung und Bekämpfung der Krebskrankheit zu beschäftigen.»* Prof. Nissen war klar: «Das Krebsproblem geht alle Menschen an» und der Kampf gegen den Krebs kann nur erfolgreich sein, wenn möglichst viele Menschen mithelfen.

Die Anfangsjahre der jungen Liga wurden von den Persönlichkeiten der vier ersten Präsidenten geprägt: Gründungspräsident Prof. Nissen hat die Organisation aufgebaut. Er hat damals 362 Mitglieder gewinnen können und zahlreiche bedeutende Persönlichkeiten aus den beiden Basel in einem erweiterten Vorstand um sich versammelt. Bis heute hat die Mitgliederzahl auf fast 3000 zugenommen.

Die zweite Amtsperiode wurde durch Prof. Hans Willenegger geprägt. Er hat den Fürsorgedienst – heute **Psychosoziale Dienstleistungen der KLBB** – für Krebspatienten aufgebaut und mit den Tuberkulosefürsorgestellen (Lungenliga beider Basel) in Basel und Liestal gekoppelt. Von den Ligen wurden vor allem die «leichteren Fälle» betreut. Dies waren Ende 1966 genau 149 Patienten. Die «schwierigen Fälle» wurden in den Spitälern weiterbetreut. Diese

enge Kooperation zwischen der Krebsliga beider Basel und der Lungenliga beider Basel bestand bis 1997.

Die dritte Amtsperiode stand im Zeichen von Prof. Thomas Koller und seinem Mitarbeiter Prof. Johannes Berger. In dieser Zeit wurde die **Vorsorgeuntersuchung** und die **Früherfassung** des Gebärmutterhalskrebses in der Universitäts-Poliklinik in Basel aufgebaut. 1966 nahmen an den beiden Programmen rund 6250 Frauen teil. Begleitet wurden diese Programme von monatlichen öffentlichen Vorträgen zum Thema Krebsfrüherfassung bei der Frau.

Ein besonderes Anliegen der Krebsliga beider Basel in dieser Zeit war auch die regelmässige Nachkontrolle von Krebspatienten, die den Spitälern und Ärzten von der KLBB mit 3 Franken vergütet wurde. 1966 waren dies rund 4000 Fälle.

Der vierte Präsident war Prof. Robert Wenner. In seine Amtszeit fallen wichtige Initiativen:

Die **Förderung der Krebsforschung** und die statistische Erfassung der Krebsmorbidity und -mortalität, welche zur Gründung einer Kommission für Krebsstatistik durch die KLBB führte.

In dieser Zeit erfolgte auch der Aufbau einer Onkologischen Abteilung im Universitätsspital. Die Einrichtung der Kommission für Statistik gab den Startschuss für die Schaffung des Krebsregisters beider Basel, das bis 1980 von der Krebsliga beider Basel finanziert wurde.

Mit dem wachsenden Aufgabenspektrum der Krebsliga war die Koppelung mit den Lungen- und Gesundheitsligen beider Basel schliesslich nicht länger zweckmässig. Nach zweijähriger Vorarbeit hat sich die Krebsliga 1997 daher vollständig von ihren Partnerorganisationen getrennt. Ziel der Reorganisation war es, die Kernaufgaben der Krebsliga beider Basel noch besser und flexibler erfüllen zu können. Seither hat sich an den Kernaufgaben der Krebsliga beider Basel nichts mehr geändert: Wir setzen uns weiterhin ein für die **Psychosoziale Beratung und**

Unterstützung von Krebskranken, ihren Angehörigen und Hinterbliebenen, für die Prävention und für die Forschungsförderung.

Krebs ist dank enorm verbesserter Behandlungsmöglichkeiten heute in vielen Fällen heilbar, wenn er früh genug erkannt und richtig behandelt wird. Das immer bessere wissenschaftliche Verständnis der Krankheit Krebs und die Erfahrung spezialisierter Ärzte bilden die Grundlage für die stetig wachsenden Heilungserfolge.

Eine weitere Grundlage für Behandlungserfolge ist ausserdem eine individuell angepasste, psychosoziale und psychologische Begleitung während der gesamten Behandlungsdauer, der Rehabilitation oder in der Palliativpflege. Die Krebsliga beider Basel pflegt daher eine systematische Zusammenarbeit mit den verschiedenen Behandlungszentren unserer Region. Dank dieser regionalen Vernetzung leistet die Krebsliga beider Basel einen wichtigen Beitrag zur Erreichung der Ziele des Nationalen Krebsprogramms.

Die Zahl der Krebserkrankungen wird nach Aussage der Fachleute in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen. Umso wichtiger ist es, dass wir gemeinsam alles unternehmen, um den Betroffenen rasch und umfassend zu helfen. Setzen Sie sich mit uns für eine Welt ein, in der weniger Menschen an Krebs erkranken, weniger Menschen an den Folgen von Krebs leiden und sterben, mehr Menschen von Krebs geheilt werden und Betroffene sowie ihre Angehörigen in allen Phasen der Krankheit und im Sterben Zuwendung und Hilfe erfahren. Denn nichts ist für Betroffene wichtiger als die Gewissheit, eine optimale Behandlung und Betreuung zu erhalten.

*Prof. Dr. med. Michael J. Mihatsch, Vizepräsident
Krebsliga beider Basel*

*Karin Fäh, Geschäftsführerin Krebsliga
beider Basel*

15 Jahre Lungenliga beider Basel

Die Fusion der vormals kantonalen Organisationen im Jahr 1999 ist eine Erfolgsgeschichte für die Lungenliga. Sie ermöglicht mehr Facharbeit, mehr Effizienz und mehr Einfluss im Dachverband. In der Zusammenarbeit mit den beiden Kantonen bleibt aber bis heute eine gewisse Ratlosigkeit.

Krisen machen entscheidungsfreudiger
Während rund 30 Jahren delegierte die Krebsliga beider Basel die Sozialarbeit an die kantonalen Lungenligen. 1996 entschied sie sich richtigerweise dafür, eine eigene Beratungsstelle aufzubauen und kündigte den Zusammenarbeitsvertrag. Die Lungenligen mussten Stellen abbauen. Beide Teams stürzten in eine veritable Identitätskrise, da sich die Sozialarbeit vor allem über die Dienstleistungen für Krebsbetroffene profilierte. Die etwas ungewöhnliche Frage lautete: Wer ist die Lungenliga ohne den Krebsliga-Auftrag? Das Basler Team – damals noch mit einer basisdemokratischen Teamleitung – sah keine Möglichkeiten, aus eigener Kraft eine neue Positionierung zu erarbeiten. So entstand aus der Krise eine Zusammenarbeit. Der Geschäftsführer der Gesundheitsliga Baselland arbeitete ab Frühling 1997 je zu 50% für die baselstädtische und die basellandschaftliche Lungenliga.

Schnelle Erfolge dank Kooperation

Bereits im ersten Jahr der Kooperation konnte eine Fachstelle Tabakprävention eingerichtet werden. Vorher war in jeder der beiden Ligen eine Sozialarbeiterin mit einem kleinen Pensum für Präventionsangebote zuständig. Schnell wurde die Stelle als regionale Förderstelle für Tabakprävention gesehen und akzeptiert. Die Kernbereiche Sozialarbeit und Heimtherapie (Atemtherapiegeräte) konnten je ein Fach-Team bilden und dank der grösseren Ressourcen Fachkonzepte erarbeiten und umsetzen. Gleichzeitig mit der regionalen Kooperation startete ein nationaler Verbandsentwicklungsprozess. Daraus entstanden

der neue Name Lungenliga, ein schweizweit gültiges Logo und neue Formen der Zusammenarbeit. Durch unsere dynamische Veränderungsphase konnten wir die Verbandsentwicklung substantiell mitprägen.

Fusion mit 90% Zustimmung der Mitarbeitenden und der Vorstände

Die Erfolge der Zusammenarbeit waren derart offensichtlich, dass nach 18 Monaten der Grundsatzentscheid für eine Fusion gefällt werden konnte. Die Spurguppe beider Organisationen, die sorgfältige Begleitung durch die Beratergruppe B'VM sowie die Entscheidungsfreude beider Vorstände ermöglichten die Fusion im Frühling 1999.

Fünf Jahre Zeit für die Anpassung der Kulturen

Neben den Erfolgen führten unterschiedliche Betriebskulturen immer wieder zu erheblichen Spannungen. Von Beginn weg wurde definiert, dass wir uns fünf Jahre Zeit geben würden für die Etablierung einer neuen gemeinsamen Kultur. In dieser Zeit verliessen rund 15% der Mitarbeitenden die Lungenliga, da sie sich in der neuen Organisation nicht mehr wohl fühlten. Alle neuen Mitarbeitenden lebten dann die neue Kultur ohne Vorbehalte. Kulturarbeit war ein wesentlicher Faktor für das Gelingen der Fusion und die zukünftigen Entwicklungsschritte.

Sitz in Liestal als Erfolgsfaktor

Andere kantonsübergreifende Anbieter mit Sitz in Basel haben einen überproportionalen Kundenanteil aus Basel und den umliegenden Gemeinden. Mit dem Entscheid, den Sitz der Organisation in Liestal anzusiedeln und zwei starke Standorte beizubehalten, wurde ein starkes Symbol für ein ausgewogenes Leistungsangebot in beiden Kantonen gesetzt. Heute muss allerdings angefügt werden, dass in Liestal primär das Management und die Fachstelle Tabakprävention angesiedelt sind. Die Fachbereiche Heimtherapie und Sozialarbeit

werden von Basel aus gesteuert mit einer dem Bedarf angepassten Präsenz in Liestal.

Eine starke Region erhöht den Einfluss in Bern

Durch die Fusion wurde die Lungenliga beider Basel zu einer der personell stärksten Ligen in der Schweiz. Seit mehr als zehn Jahren wird zudem eine Kooperation mit den Ligen Aargau, Solothurn, Luzern-Zug und Bern gepflegt. Dies ermöglicht eine Abstimmung der Interessen für die Zusammenarbeit im Verband. Da die meisten Leistungsverträge der Lungenliga über den Dachverband abgewickelt werden, ist eine starke Interessenpolitik von existentieller Bedeutung.

Lungenliga beider Basel hätte sich oft einen fusionierten Kanton gewünscht

Die KundInnen haben von der Fusion sehr stark profitiert durch optimierte Angebote und durch die freie Wahl des Leistungsortes. Die Arbeit im Verband wurde wirksamer. Für die Mitarbeitenden und den Vorstand wurde die Arbeit insgesamt spannender, effizienter und ermöglichte mehr Erfolgserlebnisse. In der Zusammenarbeit mit den Kantonen stellte unsere Fusion aber keinen Gewinn dar, da wir seither in fast allen Bereichen zwei unterschiedliche Ansprechpersonen, unterschiedliche Kulturen, Fachverständnisse oder gesetzliche/politische Rahmenbedingungen ange getroffen haben. Die strukturelle Tabakprävention musste mit identischen Volksinitiativen in zwei sehr unterschiedlich funktionierenden Systemen vorangetrieben werden. Ein Vollkanton könnte aus gesundheitspolitischer Sicht wahrscheinlich mehr bewirken als zwei halbe.

Urs Brüttsch

Urs Brüttsch war Geschäftsführer Lungenliga beider Basel 1.6.1996 bis 30.11.2013. Heute ist er Bereichsleiter Prävention/Früherkennung Krebsliga Schweiz.

Die VHBB – Beispiel einer sinnvollen, kantonsübergreifenden Zusammenarbeit

Am 15. Mai 2007 wurde der Verein Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel (VHBB) aus der Taufe gehoben – ein Zusammenschluss der Grundversorger über die Kantonsgrenzen hinweg.

In der Region Basel waren die Hausärzte früher in vier Organisationen aufgeteilt: die Gesellschaft für Allgemeinmedizin beider Basel (GAMBA), die Fachgruppen der Allgemeininternisten von Basel-Stadt und Baselland sowie die Fachgruppe der Allgemeinmediziner Basel-Stadt. Sie wiesen alle zusammen einen Mitgliederbestand von ca. 400 Hausärztinnen und Hausärzten auf.

Die Initiative zum Zusammenschluss kam von den Internisten Baselland und wurde von der GAMBA sowie den anderen Fachgruppen umgehend aufgegriffen. Man hielt die Zeit für reif, sich auf die gemeinsamen Aufgaben und Nöte in der Grundversorgung zu besinnen und die Kräfte zu bündeln. Wenig später lösten sich die einzelnen Grundversorgergesellschaften mittels Urabstimmung auf, um am 15.5.07 den Verein Hausärztinnen und Hausärzte beider Basel (VHBB) zu gründen. Nicht ganz unerheblich dürfte das neue Selbstbewusstsein der Hausärzte gewesen sein, welche sich im Kurswechsel der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) anlässlich deren Generalversammlung 2005 und der nachfolgenden Grossdemonstration auf dem Bundesplatz vom 1. April 2006 eindrucklich manifestiert hatte.

Waren die Fachgruppen und die GAMBA noch klar ihren «Muttergesellschaften» angegliedert (bzw. verstanden sich als deren regionales Gefäss, wo ortsspezifische Auslegungen von gesamtschweizerischen Vorgaben diskutiert wurden), war bei der neugegründeten Vereinigung nun nicht so klar, welche Themenbereiche sich wie stark von welcher (der nun verschiedenen) Mutterorganisatio-

nen beeinflussen lassen sollten. Damals war hinsichtlich weiterer regionaler Zusammenschlüsse von Hausärzten bzw. sich immer weiter verbreitenden, sich ebenfalls oft nicht an Kantonsgrenzen haltender Vertragsnetzwerke von Hausärzten nicht klar, ob sich eine «bottom-up»-Gesellschaft der Schweiz bilden würde. Diese Entwicklung wurde jedoch schon bald durch die Gründung des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärztinnen Schweiz in den Hintergrund gedrängt, und die VHBB war schweizweit die erste regionale Hausärztevereinigung, welche sich auch statutarisch zur regionalen Vertretung des CH-Berufsverbandes bekannte.

Eine Bewährungsprobe für die junge Vereinigung war die Managed-Care-Initiative, welche bekanntlich innerhalb der Ärzteschaft umstritten war. Die VHBB war federführend bei den Bemühungen, innerhalb des Berufsverbandes der Haus- und Kinderärztinnen (MFE) eine Urabstimmung durchzuführen – und übte dabei quasi den Aufstand gegen den grossen Bruder. Die VHBB wurde in diesen Bemühungen denn auch gehörig behindert, so dass das notwendige Quorum der Stimmenden nicht erreicht werden konnte. Wie schon zum Zeitpunkt der Gründung der MFE setzte sich die VHBB erneut ein für die Mitgliederrechte des einzelnen Mitglieds, so dass eine MFE-Urabstimmung künftig kein Problem mehr sein wird und auch von einem einzelnen Mitglied erwirkt werden kann.

Für Medienschaffende, aber auch Pharmafirmen, Laboratorien etc. war der Zusammenschluss der Hausärzte mit einer einzigen Adresse attraktiv. Die VHBB wurde tatsächlich von Beginn weg als Vertretung der Hausärztinnen und Hausärzte anerkannt, und wir wurden zu allen möglichen Themen um Stellungnahme gebeten (auch zu solchen, bei welchen wir uns selber bei weitem nicht

als zuständig ansahen und uns deshalb nicht weiter äussern wollten/konnten). Angebote von Laboratorien und Pharmafirmen, z.B. für Sponsoring, wurden ausgeschlagen, um unsere Unabhängigkeit bzw. Glaubwürdigkeit zu bewahren. Ja, sogar der Aufwand für das Engagement für die MFE-Urabstimmung zur Managed-Care-Vorlage wurde per GV-Entscheid aus der eigenen Kasse bezahlt und nicht einer sich anbietenden Stiftung belastet.

Zwar wurde auch schon über eine engere Zusammenarbeit mit den weiteren Kantonen (insbesondere Aargau und Solothurn) diskutiert. Gewisse unterschiedliche Haltungen zwischen BL und BS (z.B. bei der Selbstdispensation) und nicht zuletzt auch die personell eingeschränkten Ressourcen zeigen jedoch die Grenzen des Realistischen auf. Im Zusammenhang mit dem Engagement der VHBB fällt ins Gewicht, dass wir uns in vielen Belangen sehr kollegialen kantonalen Ärztesellschaften gegenübersehen, welche uns immer wieder ideell und infrastrukturell massgebend unterstützen.

Heute, nur 7 Jahre nach ihrer Gründung, ist die VHBB als Vertretung der Hausärzte nicht mehr aus der Region wegzudenken. Allerdings wird auch die VHBB nicht von der «Altersmauser» verschont bleiben, und die Einbindung junger, engagierter Kolleginnen und Kollegen in die Exekutivfunktionen ist bereits ein Dauerthema. So wird die Zukunft (ja die Existenzberechtigung) der VHBB nicht zuletzt davon abhängen, ob es gelingt, den Stand der Hausärzte über den Unbill der heutigen Zeit hinaus zu retten. Wir tun unser Bestes dafür.

Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein (mit bestem Dank an die Gründungsmitglieder Dr. Astrid Lyrer und Dr. Jürg Jutzi, welche mich Trittbrettfahrer über den Heimatbahnhof des fahrenden Zuges informierten bzw. die Tour d'Horizon erweiterten).

Das Ärzteportal am St. Claraspital Basel

Eine optimale Kommunikation zwischen Hausarzt, Spezialisten und dem St. Claraspital ist vor, während und nach einem Spitalaufenthalt für die Qualität der Patientenbetreuung entscheidend. Ein wesentlicher Baustein dazu ist das neu eingeführte elektronische Ärzteportal.

Das St. Claraspital in Basel ist ein privatgeführtes Akutspital mit 230 Betten und rund 10 000 stationären Patienten pro Jahr. Mit seinen beiden Zentren Bauch- und Tumorzentrum ist das Spital medizinisch klar positioniert. Darüber hinaus dient das St. Claraspital als Referenzspital für Adipositas und mit den Spezialitäten Pneumologie, Urologie, Kardiologie, und Orthopädie/Traumatologie. Ebenso leistet das Spital seinen Beitrag in der erweiterten Grundversorgung Basels mit einem 24-Stunden-Notfall mit Koronarlabor.

Ein Portal?

In der Zuweiserumfrage vom Frühling 2012 wurde grossmehrheitlich der Wunsch geäussert, Berichte elektronisch zu erhalten. Im direkten Austausch mit niedergelassenen und hausinternen Arztkollegen haben wir festgestellt, dass das Informationsbedürfnis weit über die Berichte hinausgeht. Berichte sowohl von ambulanten wie von stationären Patienten, Laborwerte, aber auch Röntgenbilder – kurzum sämtliche zuvor verschickten Dokumente werden inskünftig elektronisch bereitgehalten und stehen für die zuweisende Ärzteschaft abrufbar zur Verfügung.

Das Portal in der Praxis – ein Beispiel

Herr Huber kommt im September selbstständig auf die Notfallstation, weil sich sein Allgemeinzustand verschlechtert – und weil er Durchfall unterschiedlicher Konsistenz und Frequenz sowie Gewichtsverlust aufweist. Er bezeichnet Herrn Dr. Meier als seinen langjährigen Hausarzt, den man doch bitte auf dem Laufenden halten möge. Dieser ist Portalnutzer und wird somit unmittelbar über den Spitaleintritt von Herrn Huber via anonymisierte E-Mail informiert. Weitere Angaben wie bspw. die Laborwerte mit den erhöhten Cholestasenparametern sieht Herr Dr. Meier im Portal. Nun folgen für Herrn Huber weitere Abklärungen, unter anderem ein CT und ein PET/CT, in

Name	Vorname	Geburtsdatum	letzter Eintritt	Status	Daten	Aktion
Baum	Kevin	12.01.1988	02.07.2008	stationärer Patient	[Icons]	Details
Maier	Jasmin	12.03.1979	29.03.2011	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Mühle	Karin	14.12.1964	14.06.2008	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Ritter	Roman	07.06.1942	28.08.2008	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Schultz	Heike	20.04.1950	18.08.2008	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Sommer	Erwin	08.10.1936	24.06.2008	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Testmann	Otto	01.02.1935	23.11.2009	ambulanter Patient	[Icons]	Details
Winter	Hans	08.10.1936	02.02.2010	ambulanter Patient	[Icons]	Details

welchem sich ein hypermetaboler Tumor im Pankreaskopf zeigt. Zudem wird Herrn Huber in einer ERCP bei Tumorstenose im distalen DHC ein Plastikstent eingelegt. Dr. Meier kann somit seinem Patienten im Claraspital virtuell folgen: Röntgenbilder, EKGs, abgeschlossene Berichte stehen noch während des Spitalaufenthalts von Herrn Huber auf dem Portal bereit. Zudem sieht der Hausarzt, dass sein Patient am Tumorboard vorgestellt und die Indikation zur Operation gestellt wurden. Herr Huber wünscht sich vor der Operation zur Feier seines runden Geburtstags nach zu Hause auszutreten und sich nachher elektiv zur Operation vorzustellen. Herr Dr. Meier liest dies inkl. des Eintrittsdatums zur Operation im Austrittsbericht, den er ebenfalls elektronisch im Portal einsieht und unmittelbar in seine elektronische Krankengeschichte hinüberzieht. Während seines «Urlaubs» stellt sich Herr Huber in stabilem Zustand bei seinem Hausarzt vor.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie sehr das Portal die Transparenz und Professionalität in der Kommunikation zwischen Hausarzt und Spital fördert. Selbstverständlich kann und soll das Portal das persönliche Gespräch zwischen niedergelassenen Ärzten und im Spital nicht ersetzen. Doch gibt es dem niedergelassenen Arzt die Möglichkeit, Einblick in die Betreuung seines Patienten im Spital zu erhalten und er wird damit sozusagen in die Behandlungskette mit eingebunden.

Alle erstellten Berichte (OP-, Austrittsberichte etc.) werden unmittelbar mit dem Abschluss ans Portal übertragen und können bis drei Monate nach Fallende eingesehen werden. Damit ist der Zuweiser oder Hausarzt immer aktuell und gut informiert.

Der erste Schritt zum eigenen Portalzugang

Nach der Unterzeichnung einer Zusammenarbeitvereinbarung, welche Zusammenarbeit und Datenschutzanspruch regelt, wird der neue Portalarzt vor Ort in seiner Praxis besucht und mit ihm der Zugang eingerichtet. Dieser aktive Schritt des Claraspitals stellt sicher, dass der neue Portalarzt optimal von der Dienstleistung des Portals profitiert und eine persönliche Einführung erhält. Dieser Erstkontakt wird sehr geschätzt. Die Bedienung des Portals ist intuitiv, einfach und übersichtlich.

Erfreulicherweise sind die Feedbacks von bisherigen Portalpräsentationen bei niedergelassenen Kollegen sowohl in Einzel- wie auch in Gruppenpraxen durchs Band gut und die Bereitschaft zur Teilnahme hoch.

Schutz der Patientendaten

Der Schutz der Patientendaten ist uns wichtig. Bei Eintritt fragen wir die Patienten, ob sie mit dem elektronischen Versenden ihrer Daten einverstanden sind. Unsere Erfahrung zeigt, dass die Zustimmung gross ist. Wer möchte denn

nicht, dass sein Hausarzt bestens informiert ist?

Alles auf einen Blick

Wir hoffen, Ihnen mit dem Portal den fordernden Praxisalltag zu erleichtern. Im Portal können Sie ihre im Claraspital be-

handelten Patienten, ambulante und stationäre, auf einen Blick ersehen. Sie legen selber fest, ob und wann sie per Mail über Aktualisierung ihres individuellen Portals informiert werden. So bekommen Sie alle relevanten Informationen gebündelt und dann, wenn Sie für diese bereit sind.

Interessiert? Wir freuen uns über Ihre Kontaktdaten an: portal@claraspital.ch

Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann

Dr. med. Pia-Cristina Zimmermann ist Projektleiterin Unternehmensentwicklung am St. Claraspital

Das Zuweiserportal St. Claraspital aus der Sicht eines Hausarztes

Ein hoffnungsvoller Schritt in die Zukunft der modernen Kommunikation zwischen Spital und Hausarzt.

Mit den meisten Spitälern der Region können wir Hausärzte heute nicht auf elektronischem Weg kommunizieren. Nur das Kantonsspital Baselland (Standort Liestal) kann mir die meisten Austritts- und Röntgenberichte meiner Patienten wenigstens als PDF per Mail zusenden. Mit den anderen Spitälern gelingt dies leider noch nicht zufriedenstellend. Ein elektronischer Austausch ist aber im Zeitalter der elektronischen Krankengeschichte und auch im Hinblick auf ein elektronisches Patientendossier unabdingbar.

Nachdem sich die hohen Erwartungen an das Regioprojekt (die elektronische Kommunikation zwischen den verschiedenen medizinischen Leistungserbringern der Region gemäss den Vorgaben von eHealth Schweiz) nicht zu erfüllen scheinen, bin ich froh um die Einführung des Claraportals. Dies ermöglicht mir als Zuweiser Einblick in sämtliche relevanten Berichte und Befunde meiner stationären und ambulanten Patienten im St. Claraspital.

Dieses Portal ist ein Gewinn für beide Seiten. Das Prozedere für die Evaluation, die Implementierung und die gemeinsame Weiterentwicklung des Portals in enger Zusammenarbeit zwischen Spitalverantwortlichen und engagierten Zuweisern sollte richtungweisend sein für weiterführende gewinnbringende Projekte auf diesem Gebiet. Nun sind die weiteren Spitälern der Region im Zugzwang. Gerne arbeiten wir niedergelassenen Ärzte an solchen Projekten mit.

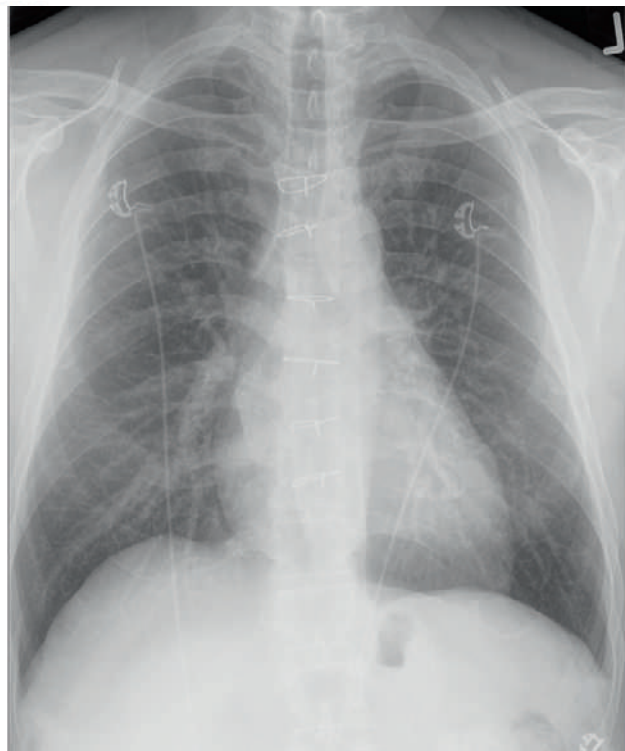
Dr. R. Misteli Zunzgen

Leiter Arbeitsgruppe eHealth Ärztesgesellschaft BL

Untersuchung	Thorax
Untersucher	
Untersuchung	05.01.2014
Befundtext	Indikation 05.01.2014 Thoraxschmerzen und Gewichtszunahme von 5 kg. Frage nach kardiopulmonaler Kompensation. Thorax dv/ds vom 05.01.2014 Zum Vergleich liegt die Voruntersuchung vom 29.05.2012 vor. Stationäre Herzgrösse nach Sternotomie und AC-Bypass. Keine kardialen Dekompensationszeichen. Kein Pleuraerguss. Kein azinäres Infiltrat. Unveränderte Mediastinal- und Hiluskonfiguration. Altersentsprechende ossäre Strukturen. Beurteilung Keine kardialen Dekompensationszeichen. Kein pneumonisches Infiltrat. Kein Pleuraerguss.

[Zurück zur Fallübersicht](#)

Bilder zum Befund



Röntgenbilder: Fragestellung, Befund und Bild.

Schalt mal ab! – Suchtgefahr Internet

Das Internet und die damit verbundenen neuen Medien haben unseren Alltag grundlegend verändert und durch schnellere, breitvernetzte Kommunikationsmöglichkeiten deutlich erleichtert. Dieser Fortschritt hat jedoch eine Kehrseite. Ungefähr 70 000 Personen leiden in der Schweiz an einer Internetsucht und weit mehr verfügen über einen problematischen Umgang mit diesem Medium. Deshalb lanciert das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt die Kampagne «Schalt mal ab! – Check deinen Internetkonsum». Die Bevölkerung soll dabei angeregt werden, den eigenen Umgang mit Internet, Smartphone und anderen neuen Medien zu reflektieren.

Unter den relativ neuen Begriffen «Verhaltenssuchte» oder «substanzungebundene Süchte» werden exzessive Verhaltensweisen zusammengefasst, welche allesamt die Merkmale einer psychischen Abhängigkeit aufweisen. Beispiele wie Glücksspiel- oder Kaufsucht sind schon seit einigen Jahren beschrieben. Die in diesem Artikel thematisierte Internetsucht ist eine jüngere Ausprägungsform dieses Phänomens. Wenn auch die Diskussion zur diagnostischen Klassifikation des Begriffs «Verhaltenssucht» in der Fachwelt noch unabgeschlossen ist, lässt sich die Existenz der substanzungebundenen Süchte nicht bestreiten. So belegen neuere neurobiologische Befunde ähnliche neuronale Aktivierungen bei substanzungebundenem wie substanzungebundenem Suchtverhalten.

Merkmale einer Internetabhängigkeit

Eine Verhaltenssucht ist mehrheitlich durch dieselben Symptome gekennzeichnet wie eine Abhängigkeit von Substanzen. So schränkt sich der Verhaltensraum der betroffenen Person allmählich ein und es kommt zu einem Kontrollverlust über das Konsumverhalten. Versuchen betroffene Personen, ihren Konsum einzuschränken, erleben sie psychische und psychosomatische Entzugssymptome, wie innere Unruhe, Gereiztheit, Schlafstörungen und depressive Symptome. Die Abhängigkeit wirkt sich somit negativ auf die Gesundheit sowie das soziale und berufliche Leben der Betroffenen aus. Vor allem das Internet und die damit verbundenen interaktiven Medien, wie Onlinegames und soziale Netzwerke, bergen ein hohes Suchtpotential, denn

sie können den User emotional stark binden. Im Gegensatz zur realen Welt, in der Anerkennung, Bestätigung und das Gefühl nach Zugehörigkeit oft mit einem realen Aufwand verbunden sind, kann in Spielwelten wie Second life oder in sozialen Netzwerken wie Facebook eine unbeschränkte Anzahl von Scheinbeziehungen eingegangen werden. So erfährt man auf einfache Art und Weise vermeintlich soziale Bestätigung und Anerkennung. Problematisch wird dies dann, wenn die Gedanken zunehmend um die Internetnutzung kreisen, immer mehr Zeit vor dem Computer verbracht wird und es nicht mehr gelingt, die Internetaktivitäten zu unterbrechen oder ganz sein zu lassen. Eine Studie zur «Prävalenz der Internetabhängigkeit in Deutschland (PINTA)» der Universität Lübeck aus dem Jahr 2011 kommt zum Ergebnis, dass rund 1% der Allgemeinbevölkerung an einer Internetsucht leidet. Ausgehend von einer in der Schweiz im Jahre 2006 veröffentlichten Studie geht eine Schätzung davon aus, dass hierzulande ungefähr 70 000 Personen onlinesüchtig sind und 110 000 Personen einen problematischen Internetkonsum aufweisen.

Jugendliche sind besonders gefährdet

Wesentlich höhere Raten findet man bei jüngeren Altersgruppen. Computer- und Internetsucht wird bei jungen Menschen zwischen 14 und 24 Jahren kontinuierlich zu einem grösseren Problem. Aktuellen Zahlen nach ist jeder Achte gefährdet. Jeder 40. weist bereits eine Sucht auf. Dies besagt eine Studie der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Jugendliche sind viel empfänglicher für Trends, Gruppendruck und kurzfristige Bestätigung und haben deswegen ein erhöhtes Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln. Hinzu kommt, dass Jugendliche aufgrund ihrer noch nicht vollentwickelten Hirnstrukturen eine viel geringere Impulskontrolle als erwachsene Personen aufweisen. Dadurch können sie ihr Verhalten noch nicht so gut kontrollieren. Deshalb benötigen Jugendliche erwachsene Bezugspersonen, welche sie dabei unterstützen, einen angemessenen und risikoarmen Umgang mit dem Internet zu entwickeln. Hierbei sollten neben Aspekten der Dauer, Inhalt und Motivation des Internetkonsums auch die persönlichen Ressourcen und die Fähigkeit zur Reflektion des ei-



Die Broschüre «Schalt mal ab» kann beim Gesundheitsdepartement Basel-Stadt telefonisch über 061 267 45 20 oder per Mail abteilung.praevention@bs.ch bestellt werden. Informationen zur laufenden Kampagne: www.allesgutebasel.ch

genen Verhaltens der Jugendlichen gestärkt werden.

Kampagne möchte den reflektierten Umgang mit neuen Medien fördern

Das Gesundheitsdepartement Basel-Stadt startete im November 2013 die Kampagne «Schalt mal ab – check deinen Internetkonsum». Eine Broschüre mit integriertem Selbsttest der Abteilung für Verhaltenssuchte der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel soll die Bevölkerung auf das Thema aufmerksam machen und informiert über wichtige Anlaufstellen im Kanton Basel-Stadt. Ziel der Kampagne ist es, die Bevölkerung dazu anzuregen, den eigenen Internetkonsum zu reflektieren und sich über die Motivation des eigenen Verhaltens bewusst zu werden, bevor sich eine Abhängigkeit entwickeln kann. Als zusätzliche Massnahmen werden öffentliche Veranstaltungen zum Thema organisiert. Auf der Kampagnenseite www.allesgutebasel.ch und der dazugehörigen Facebook-Seite werden nützliche Informationen und Fakten rund ums Thema Verhaltenssuchte kommuniziert.

Nicole Zingg, M. Sc. und Christina Karpf, M. Sc.
Abteilung Prävention, Gesundheitsdepartement
Basel-Stadt

Die Zukunft der Medizinischen Notrufzentrale (MNZ) ist gesichert

Seit 2009 ist die MNZ eine gemeinnützige Stiftung mit Sitz in Basel. Zuvor war sie der Medizinischen Gesellschaft Basel zugehörig, was immer auch den Eindruck erweckte, sie «gehöre» den Ärztinnen und Ärzten. Die bald 50-jährige Institution hat sich also in letzter Zeit etwas selbständiger entwickelt – stets mit dem finanziellen, organisatorischen und emotionalen Support der Ärztesellschaften (MedGes und AeGBL), der Apothekergesellschaften und der Zahnärztesellschaften beider Basel sowie weiterer Partner.

«Die Stiftung MNZ bezweckt die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Informations- Beratungsdienstleistungen in Notfällen sowie die Vermittlung und Erbringung von entsprechenden Hilfsangeboten. Dazu betreibt sie insbesondere eine Notrufzentrale.»

Dieser Auszug aus der Stiftungsurkunde gibt den Kern unseres Tuns wider: Wir wollen auf gemeinnütziger Basis das Interesse der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen. Wir wollen kostenlos und auf hohem Niveau Patientinnen und Patienten beraten, die sich in einer gesundheitlichen Krise oder Not-situation befinden. Dies haben wir in den letzten vier Jahren fast eine Viertelmillion Mal getan, oft mit dem Resultat, dass (teure) medizinische Systeme (wie

z.B. Notfallstationen) weniger oft berücksichtigt wurden und der Gang zum Hausarzt am nächsten Tag – oder auch abwarten und Tee trinken – aufgrund unserer Beratung gewählt wurden. Der volkswirtschaftliche Nutzen einer solchen Notrufzentrale dürfte mehrere Millionen Franken betragen. So hat dies eine Arbeit der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Uni Basel errechnet. Natürlich beruht diese Einsparung auf der Basis eines «Sicherheitsnetzes». So sind die Dienstärztinnen und -ärzte jederzeit telefonisch ansprechbar und können den erfahrenen Pflegefachleuten Rat geben oder auch die Patienten direkt beraten. Leider sind die Finanzen der MNZ durch den Wechsel der Notrufdienste der Rotkreuz-Organisationen zu einem Call Center in Zürich arg aus der Balance geraten. Es war sehr schwierig in den letzten vier Jahren, ein gesundes finanzielles Konstrukt zu schaffen, das uns erlaubt, auch die nächsten 50 Jahre im Dienst der Bevölkerung der Nordwestschweiz zu stehen.

Zwei entscheidende Dinge haben uns erlaubt, die Zukunft wieder aktiv und mit Optimismus zu planen: Erstens konnten wir den eigenen **MNZ-(Haus-)Notrufdienst** für die Bevölkerung beider Basel starten: Kann ein (älterer) Mensch z.B. nach einem Sturz nicht mehr aus eigener Kraft aufstehen, so drückt er auf den Knopf am Handgelenk und ist direkt

mit der MNZ verbunden. Diese kann entscheiden, wie der Notfall gelöst wird – durch Alarmierung des Hausarztes oder dem Aufgebot der Sanität.

Zum Zweiten haben sich die grossen Spitäler unserer Region seit Anfang 2014 finanziell an der MNZ engagiert. Sowohl das **Kantonsspital Baselland** wie auch das **Universitätsspital Basel** leisten neu zusammen mit den bewährten Partnern (nämlich den eingangs zitierten Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekervereinigungen) namhafte Beiträge an den Betrieb der MNZ. Diese sind vertraglich für die nächsten vier Jahre gesichert. Alle erwähnten langjährigen Partner, viele Gemeinden, Fonds und Stiftungen sind daneben als Partner der MNZ weiterhin aktiv. Ohne ihre andauernde Unterstützung wären wir nicht eine der ganz wenigen regionalen Notrufzentralen, die fast alle Notfälle gleichermassen steuern können. Ob ein Zahn schmerzt, ein Medikament benötigt wird oder eine Patientenverfügung dem Notfallarzt übermittelt werden muss, spielt für die Bevölkerung keine Rolle: Immer ist die Nummer **061 261 15 15** ansprechbar. Für das Vertrauen der Bevölkerung und die Unterstützung durch unsere Partner möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

*Prof. Dr. Roland Bingisser, Stiftungsratspräsident
Claude R. Etique, Geschäftsführer*

Das Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) informiert

Der Beitrag aus der Lehre:

Das problemorientierte Tutoriat (POT)

Die geeignete Lehrform für komplexe Gesundheitsstörungen am Beispiel der häuslichen Gewalt

Das Prinzip ist einfach: In der A-Stunde erarbeiten die Studierenden aufgrund einer Fallvignette die Diagnose «häusliche Gewalt» und formulieren mit Hilfe der Tutorinnen und Tutoren die relevanten Lernziele. Die einschlägige Literatur wird angegeben. Es folgt eine einwöchige Zeitspanne, in der die Lernenden ihre gestellten Hausaufgaben machen sollen. In der B-Stunde werden die studentischen

Lösungsvorschläge geordnet, gewichtet und vertieft. Dieses Lernmodell erweist sich für die vielschichtige Problematik der häuslichen Gewalt als geradezu ideal. Hausärztinnen und Hausärzte – am ehesten mit der Thematik vertraut – führen die Lerngruppen durch eine typische Krankengeschichte. Das Erkennen dieser schweren Störung ist ein erster Schritt. In der Folge wird über die Situation der Hauptbeteiligten – in aller Regel der Mutter, der Kinder und des Täters – nachgedacht, über die Dynamik der Gewalt in der Familie gesprochen und das therapeutische Vorgehen skizziert. Alles emotionale Punkte. Daher sind die Studierenden sehr präsent, formulieren Hypothesen und Gegenhypothesen und

bemühen sich engagiert um eine Problemlösung. Selten ist Unterricht lebendiger als in dieser Lehrveranstaltung. Es macht Sinn, belastende Fragen in Gruppen und in zwei aufeinanderfolgenden Veranstaltungen zu besprechen. Die Studierenden brauchen Zeit und Energie, die Fakten aufzunehmen und zu verarbeiten. Diese emotionale und intellektuelle Arbeit müssen die Studierenden aber leisten, wollen sie als zukünftige Ärztinnen und Ärzte traumatisierte Menschen fachgerecht beraten und betreuen. Dabei schafft die semistrukturierte Arbeit in der Gruppe einen geeigneten Rahmen für vertiefte Überlegungen.

Dr. med. Hans-Ruedi Banderet-Richner

Der Beitrag aus der Forschung:

Arbeit und Privatleben bei Schweizer Hausärzten – Die Basler Hausarzt-Längsschnittstudie des IHAMB

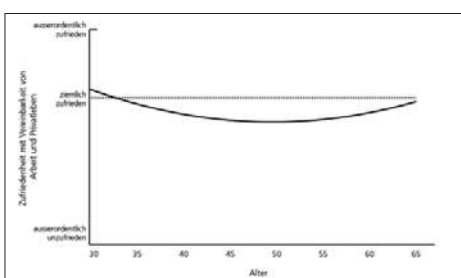
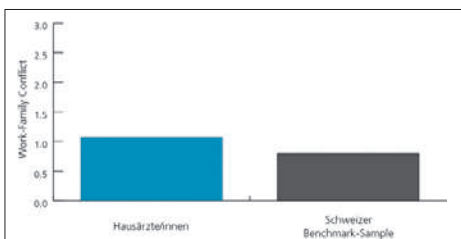
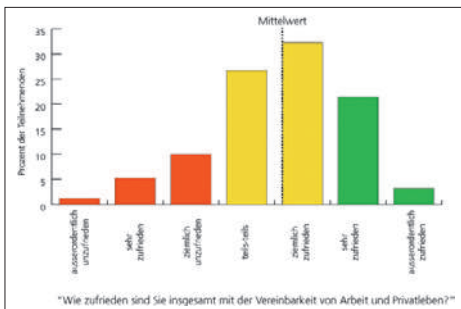
Es existiert aktuell wenig Wissen über die Work-Life-Balance der Ärzteschaft in der Schweiz. Aus diesem Grund wollten wir das Ausmass an Konflikten zwischen der Arbeit und dem Privatleben sowie die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance erheben. 273 Hausärztinnen und Hausärzte wurden stichprobenartig aus der ganzen Schweiz rekrutiert.

Insgesamt sind die Teilnehmenden mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben bedingt zufrieden. Ein Viertel der Befragten waren sehr bis ausserordentlich zufrieden, demgegenüber waren doch 16% ziemlich bis ausserordentlich unzufrieden. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, der Praxisform und dem Praxisstandort. Hausärzte um das 50. Lebensjahr berichten über die geringste Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben. Dies war unter anderem erklärt durch die Anzahl Arbeitsstunden pro Woche. Unter statistischer Kontrolle von Arbeitsstunden konnten auch der erlebte Zeitdruck sowie das Ausmass an administrativen Aufgaben Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben vorhersagen.

Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben im Verlauf des Jahres schwankt. In den Sommermonaten, wenn im Allgemeinen auch über weniger Zeitdruck berichtet wird, erlebten die Ärzte auch weniger Konflikte zwischen Arbeit und Privatleben. Im Herbst stieg das Ausmass an erlebten Schwierigkeiten wieder an.

Dank dem grossartigen Durchhaltevermögen der beteiligten Hausärzte haben wir nun erstmals verlässliche und detaillierte Daten über das Wohlbefinden und die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben der Hausärzte über ein ganzes Jahr. Das ist einmalig, nicht nur für die Ärzteschaft, sondern unseres Wissens für alle Berufe in Europa. Weitere Publikationen mit detaillierten Analysen zur Basler Hausarzt-Längsschnittstudie GP52 werden folgen.

Dr. med. Andreas Zeller



Fortbildungsveranstaltungen des IHAMB

Das IHAMB-Team möchte Sie zu folgenden Fortbildungsveranstaltungen herzlich einladen:

- Dienstagmorgen-Fortbildung 7.45–8.30 Uhr mit Frühstück
Hörsaal 6, Hebelstrasse 4
Basel 18.2.14 / Liestal 25.2.14 A. Zeller: Kardiovaskuläre Risikofaktoren im Alter
Liestal 25.3.14 / Basel 1.4.14 N.N.: Plötzliche Sehverschlechterung
Basel 27.5.14 / Liestal 3.6.14 K. Bally & C. Nickel: Wann Pflegebewohner hospitalisieren?

• Symposium für Hausarztmedizin

Das Symposium findet am 10.4.14 von 14 bis 18 Uhr statt. Programm und Ort folgen.

• Teachers teaching

Das Lehrärztentreffen, zu dem alle HausärztInnen eingeladen sind, wird am Nachmittag des 18.9.14 durchgeführt.

Bitte reservieren Sie sich diese Termine. Wir freuen uns auf Ihr Kommen!

Weitere Infos unter www.ihamb.unibas.ch