

Synapse

Schwerpunktthema: Kantonsspital BL

- 3 Warum braucht Baselland ein neues Spital?
Die zentralen Argumente im Überblick
- 4 Warum braucht Baselland ein neues Spital?
Die wichtigsten Fragen und Antworten
- 6 Darum braucht Baselland ein neues Spital an einem Standort!
- 7 «Nur ein Neubau garantiert ein Spital, das für die Medizin der Zukunft geeignet ist»
- 8 Nur ein Personal, das sich wohl fühlt, führt auch zum Patientenwohl
- 9 «Es gibt keine Alternative zum Neubau!»
- 12 Warum die besten Spitäler von Ärzten geführt werden
- 13 Krankenhäuser zentralisieren, um Leben zu retten?
- 14 Ergebnisse der Befragung von Basler Hausärztinnen und Hausärzten zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen in Alters- und Pflegeheimen
- 15 Leserbrief: Baselland schafft die «Pensionierten-Bewilligung» durch die Hintertür ab

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

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

Editorial



Liebe Leserin, lieber Leser

In der aktuellen Nummer äussern sich die Ärztesgesellschaft Baselland und der VSAO zur zukünftigen Spitalversorgung in Baselland, im Besonderen zu den Perspektiven für das Kantonsspital Baselland.

Aufgrund aktueller Entwicklungen – unter anderem infolge zunehmender Verschiebungen vom stationären in den ambulanten Bereich – und der wirtschaftlichen Situation des KSBL wird von beiden Berufsverbänden eine Ein-Standort-Lösung favorisiert. Dass die Spitalangestellten, egal welche Berufe, zwischen mehreren Standorten zirkulieren, hat sich schon bei der damaligen Zwei-Standort-Politik in Sachen UKBB nicht bewährt. Das kann sich jeder gut vorstellen, der den Agglomerationsverkehr mit seiner Stauanfälligkeit in der Region kennt.

Andere Kantone, wie das Beispiel des Kantonsspitals Aargau in Baden zeigt, machen es uns vor: Keine komplizierte Renovation am bestehenden Bau, sondern Neubau in

kürzester Zeit. Nur so kann sichergestellt werden, für die Anforderungen der Zukunft gerüstet zu sein. Dies sichert die Behandlungsqualität, garantiert die Wirtschaftlichkeit und bietet Vorteile für die Patientinnen und Patienten sowie das Personal. Benötigt wird somit ein Bauplatz, der dies erlaubt. In welcher Gemeinde oder Stadt dieser sich befindet, Liestal oder Pratteln, richtet sich einerseits nach der Qualität dieser Bauparzelle und der Erreichbarkeit des Spitals, andererseits (und vor allem) aber auch nach der politischen Machbarkeit. Eine Versorgung in Basel-Stadt alleine ist leider nicht mehr möglich, da ein Verkehrsdoziersystem in Richtung Stadt beschlossen ist und somit alle Blaulicht-Fahrzeuge ebenfalls im Stau steckenbleiben werden. Alle drei ärztlichen Berufsverbände hatten vor langem ein universitäres Zentrum im Raum Dreispitz angeregt, was zumindest das Verkehrsproblem entschärft hätte. Nach der aus politischen Gründen und Fehlern gescheiterten Abstimmung über die Spitalfusion rücken solche Ideen in weite Ferne.

Ein weiterer Vorteil eines Neubaus: Seine Organisation könnte sich nach den Erfordernissen und Strukturen moderner medizinischer Versorgung richten. Im Kanton Zürich wurde gerade bei einem Projekt dieser Punkt nicht berücksichtigt, mit den entsprechenden negativen Langzeitfolgen. Die Medikamentenversorgung in der Schweiz verschlechtert sich zunehmend, die Antibiotikaresistenzen von Bakterien gewinnen an Bedeutung,

auch wenn es in der Schweiz und in den Niederlanden diesbezüglich noch am besten aussieht. Beiden Problemen liegen globale Entwicklungen zugrunde – die Situation wird aber durch ungeeignete politische und administrative Entscheide in der Schweiz zusätzlich verschärft. Welche Konsequenzen hat dies für einen Spitalneubau? Mehr Einzelzimmer.

Im Falle eines Entscheides für Liestal müssen für die Versorgung der Bevölkerung des unteren Kantonsteils weitere Überlegungen angestellt werden: Kooperation über die beiden Basel hinaus, welche infolge des Staatsvertrags gemeinsam planen sollten, zum Beispiel mit dem Spital Dornach. Weitere andere Optionen? Die demographische Entwicklung in der Region ist dabei mit zu berücksichtigen.

Ein Spitalneubau, unabhängig von seinem Standort, sollte alle Elemente beinhalten, wie sie bereits im Projekt «Salina Raurica» angedacht wurden. Und last, but not least: Ein Spitalneubau wird einen positiven Motivationsschub bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des KSBL bewirken, was letztlich ebenfalls den Patienten zugutekommt, denn «nur ein Personal, das sich wohl fühlt, führt auch zum Patientenwohl», wie VSAO-Präsident Dr. med. Miodrag Savic in dieser Ausgabe schreibt.

Wir freuen uns über Rückmeldungen zu den in dieser Synapse präsentierten Überlegungen.

Dr. med. Carlos Quinto

Warum braucht Baselland ein neues Spital?

Die zentralen Argumente im Überblick

Das Kantonsspital Baselland hat zwei Hauptstandorte mit Bauten aus den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts. Als sie gebaut wurden, gab es noch keine CT-Scans, kein MRI, der Ultraschall war noch in den Kinderschuhen. Die flexible Endoskopie wurde gerade eingeführt, Video-Endoskopie oder die operative Laparoskopie waren noch nicht verfügbar. Die Notfallstationen waren in Chirurgie und Medizin getrennt organisiert, Hausarztpraxen im Spital waren kein Thema. Die Schreibmaschine und der Handrechner waren die Werkzeuge der Administration, alles noch analog. Die Patienten lagen in Vierer- oder Sechszimmern. Sie blieben für einfache Eingriffe wie eine Blinddarm-OP 14 Tage im Spital, und die Besuchszeiten waren auf wenige Stunden am Tag beschränkt.

Durch die Entwicklungen in den letzten 50 Jahren ist die Medizin nicht nur technischer geworden, es sind auch viele neue Fachgebiete und Spezialisten dazugekommen. Heute wird in den modernen Operationssälen mit 3D-Kameras laparoskopiert und mit Robotik operiert. Die Bildgebung wird bei der Operation live zur Unterstützung beigezogen (augmented reality). Die Vielzahl der Spezialisten verlangt eine lückenlose Vernetzung und kurze Wege, um eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten. Ein neues Spital mit der Vision Medizin 2030 ist deshalb auch ein Magnet für gut qualifiziertes und motiviertes Personal.

Heute kann man nach einer Blinddarm-OP schon nach 24 Stunden und nach grossen Eingriffen nach einer Woche wieder nach Hause gehen. Die Angehörigen können 24 Stunden beim Patienten bleiben. Der Patient bleibt nur noch länger im Spital, wenn er schwerkrank oder hochbetagt ist und dementsprechend eine komplexe Pflege braucht. Die Patienten brauchen eine «healing architecture», eine heilungsfördernde Architektur wie z.B. Einzelzimmer zum Schutz vor Übertragung von multiresistenten Spitalkeimen mit Platz für Begleitpersonen, weiche Böden, die bei Sturz vor Frakturen schützen, und eine angenehme Atmosphäre mit einfach verständlicher Orientierung.

Der grösste Teil der Patienten bleibt heute nicht mehr über Nacht im Spital. Die meisten, auch viele komplexe Eingriffe können dank modernster Anästhesie und minimal invasiver Techniken ambulant durchgeführt werden. Um einen optimalen Prozessablauf zu garantieren, braucht es eine angepasste Architektur und Infrastruktur, die bei Bedarf einen flexiblen Übertritt des Patienten vom ambulanten in den stationären Bereich und eine vernetzte Behandlung ermöglicht. Die Notfallstation arbeitet interdisziplinär und hat «Fast Tracks» für die zunehmende Anzahl von chronisch kranken Patienten.

Neben der internen Vernetzung muss auch eine lückenlose externe digitale Vernetzung mit den Hausärzten und nie-

dergelassenen Spezialisten gewährleistet sein. Sie ist Voraussetzung dafür, dass die Zuweisenden, welche die Patienten gut kennen, ihr Wissen auch im Spital für ihre Patienten einbringen können und dass die Vor- und Nachsorge optimal funktioniert.

Das neue Spital muss flexibel und modular gebaut sein, damit es dem schnellen Wandel in der Medizin und Innovationen ohne grosse bauliche Herausforderungen angepasst werden kann. Gleichzeitig gilt es aber auch, die Umweltauflagen zu erfüllen und mit moderner ökologischer Technik den Energie- und Wasserverbrauch zu reduzieren. Zudem muss das Spital erdbeben- und feuersicher sein. Patienten, Angehörige und Personal sollen das Spital einfach und schnell auch mit dem öffentlichen Verkehr erreichen können.

Mit einer teuren Renovation der alten Gebäude erreicht man weder eine Anpassung an die Erfordernisse einer modernen medizinischen Versorgung und Patientensicherheit noch einen effizienten Betrieb. Die betrieblichen Defizite durch schlechte Prozesse und hohen Energieaufwand bleiben bestehen, und Anpassungen an zukünftige Herausforderungen sind kostenintensiv.

Fazit: Nur mit einem Neubau und der Ein-Standort-Strategie können alle Anforderungen der Medizin im Jahr 2030 abgedeckt werden.

Im Namen des Kernteams Neubau KSB: Dr. med. Tobias Eichenberger

Kernteam Neubau Kantonsspital Baselland

Das Kernteam «Neubau Kantonsspital Baselland» ist durchwegs aus Persönlichkeiten der beiden Berufsverbände AeG BL und VSAO Basel zusammengesetzt:



Co-Leitung
Dr. med. Tobias Eichenberger,
Liestal
Präsident AeG BL



Co-Leitung
Dr. med. Dr. med. dent.
Miodrag Savic, Basel
Präsident VSAO Basel



Spitalexperte
Dr. med. Conrad Eric Müller,
MBA, Münchenstein
CEO beim Neubau des
Universitätskinderspitals
Basel UKBB
Früherer Direktor Klinik
Hirslanden Zürich



Arbeitsrecht
Claudia von Wartburg,
lic. iur., Fachanwältin für
Arbeitsrecht, Basel
Geschäftsführerin VSAO
Basel in Binningen



Koordination
Friedrich Schwab, lic. iur.,
Rechtsanwalt, Sissach
Geschäftsführer AeG BL



Kommunikation
Josef Zindel,
Kommunikationsberater,
Texter, Autor

Warum braucht Baselland ein neues Spital?

Die wichtigsten Fragen und Antworten

Kann sich das KSBL einen teuren Neubau überhaupt leisten?

Das Kantonsspital Baselland (KSBL) hat seit der Fusion 2012 ein strukturelles Defizit. 2018 betrug der Verlust pro Monat eine Million Franken.

Bei beiden Strategien – Neubau oder Sanierung – braucht es eine Konsolidierung und eine Transformationsphase. Letztere beträgt für die Sanierungen der alten Standorte rund 6–8 Jahre und 6 Jahre für einen Neubau in Liestal (2019–2025), bis der geplante Betrieb aufgenommen werden kann. In erster Linie geht es daher darum, das Kantonsspital Baselland für die nächsten Jahre so zu stärken, dass die ausgearbeiteten Varianten überhaupt greifen können.

Finanzbedarf für Variante 1 (2 Standorte Liestal und Bruderholz)

Für die Aufrechterhaltung und Neuausrichtung des Betriebs sind bauliche Massnahmen an beiden Standorten notwendig. Die dafür zu erwartenden Kosten belaufen sich auf rund 500 Mio. CHF. Bei Umbauten und Sanierungen werden die Budgets schnell überschritten, aufgrund unerwarteter Erschwernisse oder Änderungen in der Bestellung. Per 2025 (maximal verlängerbar bis 2027) ist zudem der – nicht erdbebensichere – Bettenturm des Bruderholz-Spitals feuerpolizeilich «abgesprochen». Die baulichen Massnahmen können – unter Inkaufnahme entsprechender Betriebs-Beeinträchtigungen – bereits in der Transformationsphase erfolgen.

Finanzbedarf für Variante 2 (Ein-Standort-Lösung Neubau Liestal – Akutspital ohne ambulantes Zentrum)

Die Baukosten wurden auf Basis von aktuellen Referenzprojekten (Spital Limmattal, KS Baden, weitere) ermittelt. Wir gehen aktuell von 400 Mio. CHF für maximal 400 Betten aus. Der effektive Bettenbedarf wird in der weiteren Planung der Leistungsangebote präzisiert. Für die Aufrechterhaltung des Betriebs an den bisherigen Standorten bis zum Bezug des Neubaus ist mit zusätzlichen Kosten von rund 100 Mio. CHF zu rechnen (Transformationsphase).

Wer bezahlt das ambulante Zentrum? Ist eine Fremdfinanzierung zwingend?

Nein. Eine «entpolitisierte» Investorenlösung bietet jedoch grössere Chancen und

Möglichkeiten. So steht das ambulante Zentrum weiteren Mietern, wie auch dem USB, offen (gleich lange Spiesse). Der Investor kann dabei durchaus aus dem näheren Umfeld des Spitals oder des Kantons kommen (Pensionskassen, im Kanton ansässige Investoren etc.).

Das Modell des ambulanten Zentrums ist für Investoren aus dem Kapitalmarkt sehr interessant. Es ist daher zu erwarten, dass die Finanzierung sehr kostengünstig arrangiert werden kann. Davon profitieren die Mieter und allen voran das KSBL und sein Eigner, der Kanton BL.

Verliert das KSBL durch die Konzentration auf Liestal und die damit verbundene Aufgabe der Standorte Bruderholz und Laufen Patienten?

Während der Transformationsphase muss das KSBL die Standorte Laufen, Bruderholz und Liestal bereits auf die neue Strategie hin vorbereiten und die notwendigen Anpassungen vollziehen. Das heisst:

- Standort Laufen → Permanence und 24/7-Notfallaufnahme
- Standort Bruderholz → Reduktion der Vorhalteleistungen (Nachtdeckung) und schrittweise Konzentration auf ambulante Leistungen
- Standort Liestal → Konzentration der stationären Leistungen

Mit einem Neubau in Liestal können jahrelange Baustellen an den Standorten Liestal und Bruderholz vermieden werden. Dies wirkt sich positiv auf die Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit und damit letztlich auf die Patientenzahl aus.

Mit der 2025 feuerpolizeilich diktierten Schliessung des Bettenturms Bruderholz verliert das KSBL diesen Standort für stationäre Aufnahmen.

Muss sich ein Kantonsspital zwingend im Kantonshauptort befinden?

Das Kantonsspital Baselland braucht für eine nachhaltige positive Entwicklung ideale Voraussetzungen in allen Bereichen. Neben optimalen Betriebsprozessen, attraktiven Arbeitsplätzen und hoher medizinischer Qualität steht auch die Erreichbarkeit im Vordergrund. Die Erreichbarkeit muss für Personal, Patienten und Angehörige mit öffentlichen wie auch privaten Verkehrsmitteln optimal sein. Diese Voraussetzungen erfüllt der Stand-

ort Liestal trotz grösserer Distanz zum unteren Kantonsteil aufgrund der idealen Anbindung an den öffentlichen Verkehr (S-Bahn, SBB) annähernd gleichwertig wie der zuerst angedachte Standort Salina Raurica.

Könnte nicht ganz auf ein KSBL verzichtet werden? Die Region hat ja sowieso eine Überkapazität?

Das KSBL betreibt aktuell rund 500 Betten. Die übrigen öffentlichen und privaten Spitäler sind weder in der Lage (USB) noch willens (Privatspitäler), diese Patienten alle aufzunehmen. Zudem macht es weder medizinisch (95% der Patienten brauchen eine Grundversorgung, keine Spitzenmedizin) noch ökonomisch (höhere Baserate!), noch verkehrstechnisch Sinn, alle Patienten des KSBL am teureren Universitätsspital zu behandeln.

Bei der Festlegung des Bettenbedarfs für den Neubau werden das Leistungsangebot, der medizinische Fortschritt und die demographische Entwicklung genau studiert und analysiert, um ein bedarfsgerechtes Angebot zu entwickeln. Das Konzept Neubau sieht bereits jetzt eine mögliche Reduktion der Bettenzahl auf ca. 300 bis maximal 350 Betten vor. Zudem sollte ein Kanton mit bald 300 000 Einwohnern ein (!) Spital der (erweiterten) Grundversorgung führen. Wie Bildung und Sicherheit gehört auch die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung zu den elementaren Staatsaufgaben.

Ist es nicht gefährlich, dass bei akuten Ereignissen wie Mehrfachverletzung (Polytrauma) oder akuten Erkrankungen (Herzinfarkt) der Weg nach Liestal oder ins USB viel weiter ist als nach Laufen oder aufs Bruderholz? Leidet die Patientensicherheit?

Bei akuten Ereignissen wie Polytrauma oder Herzinfarkt entscheidet nebst einer guten Betreuung in der Ambulanz vor allem die Zeit bis zur definitiven Versorgung in einem grossen Spital. Aus dem Leimental würde die Ambulanz bei derartigen Ereignissen Spitäler wie Laufen oder Bruderholz sowieso nicht anfahren, da dort keine Endversorgung möglich wäre. Der Zeitverlust durch Anfahren eines nicht geeigneten Spitals (Ausladen, Transport auf die Notfallstation, Dia-

agnostik, Weitertransport ins Zentrum) wäre für den Patienten gefährlich. Sowohl im USB wie auch in Liestal würde z.B. ein Herzkatheterlabor 7/24 zur Verfügung stehen und eine zeitgerechte Endversorgung garantieren.

Ergänzend dazu werden schwere Fälle lufttransportiert (Rettungshelikopter), womit die Erreichbarkeit des fallbezogen bestausgerüsteten Spitals keine Rolle mehr spielt.

Verliert das KSBL nicht die Patienten des unteren Kantonsteils bei einer Konzentration auf den Standort Liestal?

Entscheidend ist und bleibt eine zeitnahe und zukunftsgerichtete Neuausrichtung des KSBL. Natürlich wäre ein Standort näher am «Speckgürtel» durchaus wünschenswert, ist aber aufgrund der damit verbundenen Evaluation eines passenden Geländes und des komplexen politischen Prozesses (Änderung Gesundheitsgesetz) kaum innert nützlicher Frist realisierbar. Wir halten die Qualität der Versorgung und die damit verbundene Attraktivität des neuen KSBL für den entscheidenden Faktor für ein Gelingen, wichtiger als die Standortfrage. Zudem bleibt der Standort Bruderholz für rund fünf Jahre erhalten, und in dieser Zeit muss und kann die entsprechende Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Warum mischen sich die Ärzte überhaupt politisch ein? Sollten sie nicht besser in ihren Praxen und Spitälern bleiben und sich um ihre Patienten kümmern?

Unsere Hauptaufgabe ist und bleibt unsere tägliche Arbeit zum Wohle unserer Patienten. Unsere Mitglieder haben uns aber auch als Vertreter ihrer Berufsorganisation gewählt, vertrauen uns und erwarten, dass wir unsere Gesellschaften nicht bloss verwalten, sondern führen. Sie erwarten von uns den «Blick aufs Ganze», unseren Einsatz und unserer Expertise, um in komplexen Situationen konsensfähige und zukunftsgerichtete Lösungen zu erarbeiten.

Nach dem Scheitern der Spitalfusion driften die grossen Häuser USB und KSBL auseinander und sind wieder in einer Konkurrenzsituation. Ein Zustand, der für beide Spitäler und für eine vernünftige regionale Versorgung katastrophal ist. Aktuell sind offenbar nur die Ärzteorganisationen willens und in der Lage, vermittelnd zu agieren.

Wir verfolgen den stetigen Niedergang des KSBL und damit der Gesundheitsversorgung des Kantons Baselland seit Jahren mit grosser Sorge. Die Analyse der Entwicklung der letzten Jahre lässt lediglich den Schluss zu, dass nur eine strukturelle Neuausrichtung die Chance für eine Konsolidierung und einen betriebswirtschaftlich erfolgreichen Neustart bietet.

Warum kam zuerst Salina Raurica als Standort in Frage – und jetzt Liestal?

Auf der Suche nach einem geeigneten neuen Standort im Kanton sind wir primär via Gemeinde Pratteln und die von dieser beauftragten Arealentwickler auf

Salina Raurica gestossen. Die Diskussion mit allen Beteiligten hat aufgezeigt, dass dieser Standort in vielfacher Weise den Ansprüchen gerecht wird.

Die weitere Diskussion auf politischer Ebene hat dann ergeben, dass die für einen Neubau in Pratteln benötigten politischen und planungsrechtlichen Prozesse zu einer mehrjährigen Verzögerung der Entscheidungsfindung und somit des Projektes führen könnten – eine Zeit, die das KSBL schlichtweg nicht hat.

In der Folge haben wir weitere Standortmöglichkeiten evaluiert. Ein Neubau am bisherigen Spitalstandort Liestal scheint politisch unumstritten und ist somit zeitlich überblickbarer und rascher möglich.

Wie sieht der Rückhalt in der Ärzteschaft für dieses Projekt aus?

Die Ärztesgesellschaft Baselland (AeG BL) diskutiert dieses Thema seit Beginn der Fusionspläne USB/KSBL 2015 sehr intensiv mit ihrer Basis, die aufgrund der flachen Verbandshierarchie und des breit abgestützten Vorstandes sehr gut in den Führungsgremien vertreten ist. Zudem fusst die Ein-Standort-Strategie auf einem Vorstoss der Chefärzteschaft vom Februar 2018. Die Chefärzte haben sich auch aktuell grossmehrheitlich hinter unser Engagement gestellt. Seit Bekanntwerden der Pläne haben wir denn auch von der Basis fast ausschliesslich positive Feedbacks erhalten. Beim VSAO ist der Rückhalt identisch, schliesslich geht es gerade bei den Assistenz- und Oberärzten um deren Zukunft!

Direktvergleich Ein- und Zwei-Standort-Lösung (nach Abschluss der Transformation 2025)

Zwei-Standort-Strategie (Bruderholz/Liestal):

- Patchwork-Campus mit Bettenhaus aus den 50er Jahren, sanierten/renovierten Teilen und Neubauten
- keine Reserveflächen für zukünftige Anpassungen/Erweiterungen
- komplexe Schnittstellen alt-neu, geringe Funktionalität
- kein ambulantes Zentrum
- keine Kooperationsmöglichkeit mit USB
- Doppelspurigkeiten in den Vorhalteleistungen (Notfallbetrieb, Anästhesiedienst, postoperatives Management)
- weiterer Sanierungsbedarf nach Ende Transformation (Fass ohne Boden)
- Problem Bruderholz: Bettenturm wird 2025 feuerpolizeilich geschlossen, maximal für 1 bis 2 Jahre verlängerbar

Ein-Standort-Strategie (Neubau Liestal):

- neues Spital der (erweiterten) Grundversorgung am bekannten Standort mit guter Anbindung an den öffentlichen und privaten Verkehr
- modulares Spital nach neuesten Erkenntnissen mit linearen und optimierten Querschnittsfunktionen
- ein Standort, keine Doppelspurigkeiten
- verbesserte Performance/Betriebswirtschaftlichkeit
- modernste Medizin- und Gebäudetechnik
- ambulantes Zentrum, Potential als Katalysator zur (dringend notwendigen) Kooperation mit dem USB und dem Pharmakluster NW-CH
- Katalysator für Ansiedlung MedTech
- Synergien (Hotel, Alter, Pflege, Reha etc.)
- kein Sanierungsbedarf über Jahre (weil neu)
- Reserveflächen für spätere Anpassungen/Erweiterungen gesichert (alter Spitalstandort direkt angrenzend)

Besteht nicht die Gefahr, dass durch die neuen Techniken und Innovationen in einem neuen Spital der Patient unter die Räder gerät?

Als Ärzteorganisationen liegt uns gerade das Wohl der Patienten zentral am Herzen. Bereits jetzt besteht ein für den Patienten unglücklicher Trend hin zu immer mehr Technik und immer weniger Patientenkontakt. Die Ökonomie hat das Diktat über die Medizin übernommen. Wir prangern dies seit Jahren an. Aktuell verbringen Ärzte und Pflegende mehr Zeit am PC als beim Patienten. In unseren Spitälern sind die Assistenz- und Oberärzte noch 25% ihrer Zeit beim Patienten, den Rest verbringen sie mit administrativen Arbeiten.

Ein neues Spital muss und soll mit modernster Technik ausgerüstet sein. Die Technik soll die Ärzte und Pflegenden wirksam entlasten und zurück zu ihrer Aufgabe führen – der Behandlung und Pflege der Patienten.

Ein neues Spital zu bauen genügt nicht. Parallel dazu braucht es eine Unternehmenskultur, welche mit zufriedenen Mitarbeitenden den Patienten absolut in den Mittelpunkt stellt. Dies zu implementieren wird eine zentrale Aufgabe unserer Begleitung dieses Projektes sein. Dazu regen wir auch eine wissenschaftliche Begleitung durch die Medizinethik der Universität Freiburg im Breisgau an (Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil. – Lehrstuhl für Medizinethik).

Kernteam Neubau KSBL

Antwort von Kernteam Neubau KSBL

Darum braucht Baselland ein neues Spital an einem Standort!



Dr. med. Conrad E. Müller

Die drei Spitäler des Kantonsspitals Baselland wurden in den 50er bis 70er Jahren des letzten Jahrhunderts gebaut und waren damals topmodern. Die Bedürfnisse der Patienten und die Anforderungen für eine moderne, vernetzte medizinische Versorgung haben sich jedoch in den ver-

gangenen 50 Jahren grundlegend verändert und können mit dieser Infrastruktur, trotz Sanierungsmassnahmen, nicht mehr erfüllt werden.

Dank Verbesserung von Diagnostik und Behandlungsmethoden können heute viel mehr Patienten ambulant behandelt werden oder müssen nur noch kurze Zeit im Spital verweilen. Die Krankheitsbilder der hospitalisierten Patienten sind jedoch komplexer geworden, z.B. durch die Alterung der Bevölkerung und das Aufkommen von multiresistenten Spitalkeimen. Um möglichst grosse Sicherheit zu ermöglichen, müssen Patienten in Einzelzimmern behandelt werden, welche ausreichend Platz bieten für Begleitpersonen. Es braucht vernetzte Patientenüberwachungssysteme mit einer vor Cyberkriminalität geschützten digitalen Infrastruktur, schadstofffreie und erdbebensichere Gebäude und eine energieeffiziente Infrastruktur.

Durch die Entwicklungen in den letzten 50 Jahren ist die Medizin nicht nur technischer geworden, es sind auch viele neue Fachgebiete und Spezialisten dazu-

gekommen. Die Vielzahl der Spezialisten verlangt eine lückenlose Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und kurze Wege, um eine ganzheitliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Ein neues, attraktives Spital mit der Vision Medizin 2030 ist auch ein Magnet für gut qualifiziertes und motiviertes Personal, ein wichtiger Aspekt im hartumkämpften Gesundheitsmarkt, und birgt grosses Entwicklungspotential.

Die Bevölkerung wünscht sich für den Krankheitsfall eine Topadresse mit der Sicherheit, die beste Behandlung zu erhalten, und dies an einem Standort, der einfach und zeitgerecht mit öffentlichem und Privatverkehr zu erreichen ist.

Nur mit einem Spital an einem Standort können die betriebswirtschaftlichen Ziele mit ausreichenden Gewinnen für zukunftsorientierte Investitionen erreicht werden. Ein Neubau bringt nur Vorteile und kostet nicht mehr als die notwendigen Sanierungsmassnahmen an den alten Spitälern.

Dr. med. Conrad E. Müller

«Nur ein Neubau garantiert ein Spital, das für die Medizin der Zukunft geeignet ist»



Dr. Tobias Eichenberger

Synapse: Wie kam die Ein-Standort-Lösung «Neo-KSBL Liestal» zustande? Welches war der Hintergrund?

Dr. Tobias Eichenberger: Hier sind zwei Ebenen zu beachten: Erstens propagieren wir seit über zehn Jahren zusammen mit unseren Partnern MedGes Basel und VSAO Basel eine regionale Betrachtung unseres Gesundheitswesens und eine verstärkte Kooperation USB/KSBL. Nach dem Nein zur Spitalfusion drifteten die beiden grossen Häuser auseinander, was mittel- und langfristig sowohl für das USB wie auch für unser KSBL deletär ist.

Zweitens suchen wir seit rund eineinhalb Jahren – angeregt nicht zuletzt durch einen entsprechenden Vorstoss der Chefärzteschaft – nach einer Ein-Standort-Lösung für das KSBL. Auch aus der Sicht der Ärztesgesellschaft BL und des VSAO ist diese Ein-Standort-Lösung für das KSBL die einzige medizinisch und ökonomisch sinnvolle Lösung, um für die Region eine gute und für die ganze Bevölkerung zugängliche medizinische Versorgung zu gewährleisten. Aus diesem Grund hat sich der Vorstand der Ärztesgesellschaft nach verschiedenen möglichen Standorten im gesamten Baselbiet umgesehen. Bedingungen waren: Der Standort muss aus dem ganzen Baselbiet mit Privatfahrzeugen und dem öffentlichen Verkehr gut erreichbar sein, und der Standort muss auch für zukünftige Erweiterungen Platz bieten. Unser erstes

Projekt «Salina Raurica» hat diese Bedingungen erfüllt, ist jedoch mit einem komplexen und letztendlich nicht vorhersehbaren politischen Prozess belastet. Die weitere Prüfung ergab eine ideale Machbarkeit am Standort Liestal.

Wo liegt der Vorteil der Ein-Standort-Lösung gegenüber der Zwei-Standort-Lösung Liestal und Bruderholz, die der Verwaltungsrat des Kantonsspitals Baselland priorisiert?

Die Jahre nach der Fusion der drei kantonalen Spitäler zum KSBL haben aufgezeigt, dass eine Mehrstandort-Lösung aufgrund der damit verbundenen Ineffizienz durch mehrfache Vorhalteleistungen nicht funktioniert. Das KSBL hat in den letzten drei Jahren rund hundert (!) Kaderärzte verloren, damit auch Substanz und Patienten. Aktuell verliert das KSBL jeden Monat Geld.

Das Bettenhaus auf dem Bruderholz hat ein feuerpolizeiliches Ablaufdatum im Jahr 2025. Es macht keinen Sinn, mindestens 500 Millionen in den Campus Liestal zu investieren, der zudem Elemente aus den 1960er Jahren und ein Bettenhaus ohne Erdbebennachweis beinhalten würde. Das angeschlagene und demotivierte Personal braucht eine Perspektive, das KSBL einen Neustart, um den zukünftigen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Herausforderungen gewachsen zu sein.

Nur ein Neubau garantiert ein Spital, das für die Medizin der Zukunft geeignet ist – mit hoher Funktionalität, den neuesten Patientensicherheitsstandards und optimierter Betriebswirtschaftlichkeit. Zudem wäre ein Neubau ein weiterer Baustein für Innovation im MedTech-Bereich, wobei vor allem die Patienten von dieser Technik profitieren könnten.

Welches ist für Sie das stärkste Argument zugunsten der Ein-Standort-Lösung?

Bei einer Ein-Standort-Lösung mit Neubau kann ab Inbetriebnahme Medizin auf hohem Standard betrieben werden und damit auf lange Zeit der Bevölkerung eine gute medizinische Versorgung garantiert werden. Zudem ist ein Neubau günstiger, nachhaltiger und kooperationsfähiger als ein Festhalten an den alten Strukturen.

Welches ist aus Ihrer Sicht die grösste Hürde bis zur Realisierung des Neubaus in Liestal?

Die Fakten zu kommunizieren und Politik und Bevölkerung von den gewaltigen Vorteilen und der Machbarkeit der Finanzierung zu überzeugen.

Wie kommt Ihrer Meinung nach das Projekt einer Ein-Standort-Lösung in der Politik und in der Bevölkerung an?

Alle faktenbasierten Meinungen sind bisher durchwegs positiv. Kritische und ablehnende Stimmen sind – zumindest bisher – emotional und z.T. auch reflexartig gegen Ärzte und deren Engagement gerichtet. Der Schweizer scheint es nicht gewohnt zu sein, dass sich eine Gruppierung ohne Eigeninteresse oder persönliche Vorteile für ein Projekt starkmacht.

Welchen Rückhalt hat die Ein-Standort-Lösung innerhalb der Ärzteschaft?

Diese Lösung wurde ja bereits von der Chefärzteschaft des KSBL in einem Schreiben an den VR am 13.2.2018 einstimmig gefordert. Wir diskutieren die Probleme des KSBL jeweils zweimal jährlich an der GV mit unseren Mitgliedern, informieren unsere Basis aber auch per Mail/Newsletter über aktuelle Entwicklungen, insbesondere über unsere Aktivitäten in dieser Sache. Die Chefärzte haben sich wiederholt grossmehrheitlich hinter einen Neubau und eine Ein-Standort-Lösung gestellt, und die Rückmeldungen von der Basis waren bisher ausschliesslich unterstützend.

Welche Form der Zusammenarbeit streben Sie mit dem Universitätsspital Basel an?

Eine Kooperation im Bereich von hochspezialisierter Medizin (HSM) und Grundversorgung sowie eine Beteiligung des USB (und auch weiterer Partner) am geplanten ambulanten Zentrum sollten die Basis für eine umfassende regionale Versorgung bilden. Dies auch im Sinne eines Austausches zur Fort- und Weiterbildung und einer engen Zusammenarbeit im personellen Bereich.

Was soll mit den bisherigen Standorten Liestal, Bruderholz und Laufen geschehen?

Der Bettentrakt auf dem Bruderholz kann noch bis 2025 betrieben werden.

Nach Ablauf der Transformationsphase und nach Bezug des Neubaus sollen die bisherigen Standorte Liestal und Bruderholz rückgebaut und das Land dem Kanton zur weiteren Verfügung gestellt werden. In Laufen soll an zentraler Lage (Bahnhof) ein ambulantes Zentrum mit 24/7-Permanence zur Versorgung der lokalen Bevölkerung errichtet werden.

Wie geht es nun weiter? Welches sind die nächsten Schritte?

Der Information – auch an die Bevölkerung – kommt eine ebenso wichtige Rolle zu wie dem Kontakt mit dem Regierungs-

rat, der Volkswirtschafts- und Gesundheitskommission (VGK), dem Landrat (LR BL) und der Stadt Liestal sowie dem Einbezug sämtlicher politischer Parteien und Fraktionen. Sodann muss ein umfassender Katalog mit den wichtigsten Argumenten erstellt werden. Es braucht ferner eine Zusammenarbeit mit dem VR, der Direktion und dem Kader KSBL.

Wir empfehlen, möglichst bald eine Entscheidung für einen Neubau (ambulantes Zentrum, dann Akutspital mit ca. 300 Betten, neues Parkhaus, später Hotel) in Liestal zu treffen. Unsere jahrelange Empfehlung eines ambulanten Settings in Laufen

wurde in diesen Tagen umgesetzt. Die nächsten fünf Jahre (Betriebsbewilligung Bettenhaus Bruderholz) sind dann zu nützen, den allfälligen Bedarf eines zusätzlichen Standortes des KSBL im Unterbaselbiet (z.B. Permanence oder stationäres Setting im Bereich Alter, Pflege, Rehabilitation) zu prüfen und die notwendigen gesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Auf keinen Fall sollte auf dem jetzigen Campus in Liestal (aus den 60er Jahren) eine sinnlose und teure Bautätigkeit gestartet werden.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Die Position des VSAO

Nur ein Personal, das sich wohl fühlt, führt auch zum Patientenwohl

«Der VSAO Basel setzt sich für die in den beiden Basler Halbkantonen tätigen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte ein. Er vertritt deren berufliche Interessen und setzt sich für zeitgemässe Arbeitsbedingungen sowie eine qualitativ hochstehende Weiter- und Fortbildung ein.»



Dr. med. Dr. med. dent. Miodrag Savic

Nicht mehr als 38 Wörter sind nötig, um den Kernauftrag, den sich der ärztliche Berufsverband für die zwei ersten medizinischen Hierarchiestufen nach dem Staatsexamen gegeben hat, zu umschreiben. Tatsächlich ist im Prinzip mit zehn in zwei einfachen Sätzen verborgenen Begriffen alles Wesentliche gesagt, was den VSAO Basel zugunsten seiner rund 2500 Mitglieder umtreibt: Einsatz, Tätigkeit, Beruf, Interessen, zeitgemässe Arbeitsbedingungen, Qualität, Weiterbildung und Fortbildung.

Deshalb war und ist es nichts als konsequent, dass der VSAO Basel neben der Ärztesgesellschaft Baselland (AeG BL) als zweite treibende Kraft in das Projektteam eingebunden ist, das sich um die Zukunft des heute sehr instabilen Kantonsspitals Baselland kümmert. **Die beiden Berufsverbände für Ärztinnen und Ärzte stehen dezidiert für nur noch einen Standort mit einem Neubau anstelle der drei bisherigen Standorte Liestal, Bottmingen und Laufen ein.** Die Frage, ob der Neubau im Gebiet «Salina Raurica» in Pratteln oder an einem neuen Standort in Liestal zu stehen kommt, ist für die AeG BL und den VSAO Basel nicht entscheidend. Priorität hat die Realisierung eines Neubaus an nur einem Standort.

In der Tat ist ein leistungsfähiges Kantonsspital, das die Gesundheitsversorgung für ein Gebiet mit bald 300 000 Menschen auf sehr hohem Niveau garantiert, eine absolute Notwendigkeit, um eine Zukunft bestenfalls als Regionalspital zu vermeiden. Prioritär aber ist die Realisierung an einem Standort mit einem Neubau anstelle der aktuellen Zersiedelung mit drei veralteten Häusern. Eine riesige Chance nicht nur für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die jungen Ärztinnen und Ärzte, die zwar ihr Studium, aber noch nicht ihre Fortbildung abgeschlossen haben.

Dem medizinischen Personal für deren Weiter- und Fortbildung eine berufliche Heimat zu geben, in der die klinische Forschung und ein medizintechnisch hoher Standard zur perfekten Kombination führen, ist eine der ganz grossen Stärken des Neubauprojekts «Salina Raurica» oder Liestal, hinter dem der VSAO Basel wie eine Eins steht und für das er weiterhin Schulter an Schulter mit der AeG BL kämpfen wird.

Seit vielen Jahren arbeitet das Personal des Kantonsspitals Baselland, auch jenes im Pflege- und in anderen Bereichen, in schädlicher Ungewissheit. Die zunehmenden und nicht abbreisenden negativen Schlagzeilen über den eigenen Arbeitsort und Arbeitgeber haben zwangsläufig eine emotionale, sachliche und fachliche Unsicherheit zur Folge, was die seit längerem bestehende Abwanderung hochqualifizierter Fachkräfte ganz sicher nicht stoppen wird.

Das neue Kantonsspital mit der Ein-Standort-Lösung in einem Neubau dagegen würde alle Voraussetzungen erfüllen, den Arbeitnehmenden eine neue und starke Perspektive zu bieten, was sich ohne Zweifel auch positiv auf das Patientenwohl auswirken würde. Und das ist in diesem ganzen Kreislauf ja wohl das Allerwichtigste.

*Dr. med. Dr. med. dent. Miodrag Savic,
Präsident des VSAO Basel*

«Es gibt keine Alternative zum Neubau!»



Adrian Schmitter

Synapse: Das KSB baut derzeit für 450 Millionen Franken auf der grünen Wiese ein neues Spital. Weshalb sanieren Sie nicht das bestehende Spital, das 1978 ebenfalls auf einer grünen Wiese errichtet wurde?

Adrian Schmitter: Es wäre extrem komplex und aufwendig gewesen, das bestehende Spital zu sanieren und gleichzeitig den Betrieb aufrechtzuerhalten. Das hätte zu Beeinträchtigungen über mehrere Jahre geführt, die weder für die Patienten noch für die Mitarbeitenden zumutbar gewesen wären. Dazu kommt, dass man nach Jahren der Sanierung zwar ein modernisiertes Gebäude erhalten hätte – aber die Strukturen und Abläufe wären weitgehend die alten geblieben. Und da eine Sanierung mit all ihren Nachteilen etwa gleich teuer zu stehen kommt wie ein Neubau, war für uns klar: Es gibt keine Alternative zum Neubau.

Und was passiert dereinst mit dem alten Spital?

Es wird abgerissen. Zum einen ist das Gebäude nach vierzig Jahren intensiver Nutzung am Ende seines Lebenszyklus angelangt. Elemente wie Wasserleitungen, Stromschächte, Lifte, Lüftung, Isolation oder Energieversorgung müssten allesamt ersetzt werden. Selbst wenn man das Gebäude anderweitig nutzen möchte, etwa als Altersheim oder Asylenzentrum, dann wäre der Sanierungs- und Modernisierungsbedarf derart hoch, dass ein Neubau unter dem Strich günstiger zu stehen kommt. Wir haben uns

daher für die Variante «Tabula rasa» entschieden.

Was entsteht anstelle des alten Spitals?

Eine grüne Wiese, so wie das Baufeld des neuen Spitals vorher war. Ein Naherholungsgebiet, das Patienten, Besucher und Anwohner von Baden-Dättwil gleichermaßen schätzen werden. Diese Grünfläche ist auch ein Geschenk an die zukünftigen Generationen.

Inwiefern?

So wie wir jetzt die Möglichkeit haben, auf der grünen Wiese ein neues Spital zu bauen, können unsere Nachkommen dereinst wieder auf der grünen Wiese ihre Visionen und Ideen realisieren. Denn unser Neubau ist nicht für die Ewigkeit konzipiert. In vierzig oder fünfzig Jahren wird sich wiederum die Frage stellen: Wie weiter? Die Spitalverantwortlichen werden es dann zumal sicherlich schätzen, wenn ihnen möglichst viele Optionen offenstehen werden.

Welche Vorgaben stellen Sie an das neue Spital?

Um diese Frage im Detail zu beantworten, benötigt man über dreissig prall gefüllte A4-Ordner – so umfassend war das Dossier des Baugesuches, das wir bei der Stadt Baden eingereicht haben ... In einem Satz zusammengefasst: Wir wollen ein Spital, bei dem der Patient und dessen Bedürfnisse im Zentrum stehen und das unseren Mitarbeitenden optimale Arbeitsbedingungen ermöglicht.

Weshalb hat das Projekt «Agnes» den Zuschlag erhalten? Welches waren die matchentscheidenden Elemente oder Argumente?

Insgesamt sechs Planerteams haben ihre Ideen präsentiert. Das Beurteilungsgremium entschied sich schliesslich für das Projekt «Agnes» des Architekturbüros Nickl+Partner, ein auf Spital- und Life-Sciences-Bauten spezialisiertes Unternehmen. Firmenchefin Christine Nickl-Weller hat zudem an der Technischen Universität Berlin eine Professur in Healing Architecture. In ihrem Entwurf flossen somit die neusten Erkenntnisse des Spitalbaus ein, wie zu Lichtverhältnissen, klarer Strukturierung und hoher Transparenz, und das ganze Haus eingebettet in eine grüne Umgebung. Der modulare

Charakter ihres Projekts spielt eine ganz wichtige Rolle. Dadurch wird sichergestellt, dass flexible Erweiterungen jederzeit möglich sein werden, auch lassen sich einzelne Gebäudeteile unabhängig vom restlichen Gebäude erneuern.

Healing Architecture? Das klingt esoterisch ...

Mag sein. Aber der Ansatz ist wissenschaftlich fundiert. So gibt es Studien, die beweisen, dass Patienten in einem Zimmer mit Ausblick ins Grüne im Vergleich zur Kontrollgruppe in einem dunklen Zimmer mit Blick auf eine Betonwand weniger postoperative Komplikationen aufweisen. Ausserdem benötigten sie weniger Medikamente und pflegten einen harmonischeren Umgangston mit dem Personal. Nicht zuletzt verbrachten sie durchschnittlich einen halben Tag weniger im Spital. Es ergeben sich also handfeste volks- und betriebswirtschaftliche Vorteile durch architektonische Unterstützung.

Konkret heisst das: Im neuen Spital wird es keine dunklen Flure mehr geben, sondern viel Luft und Licht. Auf Dachterrassen und in elf begrünten Innenhöfen werden sich die Patienten erholen können. Das Haus wird sich harmonisch in die Landschaft und den Wald einfügen.

Das neue Spital entspricht den Erfordernissen des «Lean Hospital Managements». Was sind das für Erfordernisse?

Über Lean Management wurden schon diverse Bücher geschrieben. Man könnte sich also stundenlang über dieses Thema unterhalten. Da wir die Zeit dafür nicht haben, möchte ich die Frage folgendermassen auf den Punkt bringen: Lean Hospital Management soll dazu führen, dass Ärzte und Pflegende sich auf das Wesentliche konzentrieren können. Das ist der Patient. Das medizinische Personal soll weitestgehend von bürokratischen Arbeiten entlastet werden und somit in hoher Effizienz und Effektivität ihre Kernaufgaben wahrnehmen können.

Wie war die politische Unterstützung im Kanton für das Neubauprojekt?

Gab es eine Opposition gegen das Neubauprojekt?

Unser Eigentümer, der Kanton Aargau, hat in weiser Voraussicht der KSB AG die Immobilien übertragen und der AG

damit die freie Hand beim Neubauprojekt gegeben. Wir haben den Eigentümer aber jederzeit umfassend über unser Vorhaben informiert und festgestellt, dass er voll hinter dem Vorhaben steht. Auf politischer Ebene ist sicherlich von Vorteil, dass das KSB finanziell gut dasteht und seit der Einführung der Fallpauschalen immer eine EBITDA-Marge von über zehn Prozent erwirtschaftet hat. Oft kommt es bei solchen Projekten wegen der Finanzierung zu Polemiken und Unstimmigkeiten. Da wir finanziell auf einem sehr soliden Fundament stehen, können wir den Neubau ohne Subventionen oder Steuergelder stemmen. Unsere Ideen haben nicht nur die Politiker, sondern auch diverse Investoren überzeugt. Letztere haben Anleihen für 300 Millionen Franken gezeichnet. Der Steuer- und Prämienzahler wird somit nicht zur Kasse gebeten. Das trägt sicherlich auch dazu bei, dass sich gegen unser Projekt kein politischer Widerstand formiert hat.

Wie interpretieren Sie die Tatsache, dass es keine einzige Einsprache gab?

Es war und ist uns wichtig, die Bevölkerung von Anfang an umfassend und aktuell über unsere Pläne zu informieren. Deshalb organisieren wir regelmässig Informationsveranstaltungen und kommunizieren auch im Web sehr transparent. Die Anliegen, die uns zugetragen wurden, haben wir sehr ernst genommen und, wo immer möglich, ins Projekt einfließen lassen. Zudem verlief die Zusammenarbeit mit der Stadt Baden hochprofessionell. Wir wurden von den Stadtbehörden, aber auch von den umliegenden Gemeinden und der Bevölkerung stets aktiv unterstützt.

Haben Sie eine Erklärung für diesen Goodwill?

Die Region Baden hat schon bei der Entstehung des ersten Neubaus in den 70er Jahren das Spital vollumfänglich unterstützt. Diese positive Sicht auf IHR Spital im Ostaargau ist stark ausgeprägt und trägt uns auch heute noch massgebend bei unseren Entscheiden. Aber gerade in der letzten Zeit gingen in der Industrie Tausende von Arbeitsplätzen verloren. Im Gegenzug ist das Gesundheitswesen und damit das KSB

gewachsen. Das KSB hat sich von einem Krankenhaus in einen Gesundheitscampus verwandelt und ist mittlerweile einer der grössten Arbeitgeber in der Region. Zudem haben sich hier viele kleine Firmen angesiedelt, die in der Medizintechnik aktiv sind und zum Teil eng mit dem KSB zusammenarbeiten. Insofern ist sich die Bevölkerung bewusst, dass das Gesundheitswesen nicht nur Kosten verursacht, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur Wertschöpfung leistet. Das ist sicherlich mit ein Grund, weshalb das KSB in Bevölkerung, Politik und Medien einen derart grossen Rückhalt geniesst.

Für welchen Zeithorizont ist das neue Spital geplant? Welche Vorhaben stehen danach an?

Das neue Spital soll Ende 2022 fertiggestellt sein und anschliessend in Betrieb genommen werden. Unsere Immobilienstrategie sieht vor, dass wir danach die weiteren Bauten aus den 70er Jahren sanieren. Die als Personalhäuser konzipierten Gebäude dienen heute zum Teil als Büroräumlichkeiten. Der Zahn der Zeit nagt auch hier an der Substanz ... Auch müssen wir uns Gedanken machen, ob wir neue Angebote lancieren wollen und wo wir diese allenfalls unterbringen werden. Neue Bauvorhaben sind somit nicht ausgeschlossen. Auf unserem Areal haben wir zum Glück ausreichend freie Flächen.

Der Spatenstich für den Neubau wurde im Herbst 2018 vollzogen. Seitdem wird gebaut, noch mindestens drei Jahre lang. Was bedeutet dies für den Betrieb des alten Spitals? Gibt es Einschränkungen?

Der Neubau wird direkt neben dem bestehenden Spital errichtet. Der Betrieb wird nicht tangiert. Bisher hielten sich auch die Lärmemissionen in engen Grenzen, sogar bei den Bohrungen für die Pfähle, eine Arbeit, die potentiell viel Lärm verursacht. Zudem ist die Baustellenlogistik so geregelt, dass die Baufahrzeuge und Arbeiter einen separaten Zugang haben. Hier muss ich den Planern ein Kränzchen winden: Sie haben es wunderbar geschafft, die beiden Welten unter einen Hut zu bringen respektive sauber zu trennen. Man kommt sich nicht in die Quere, was in Anbetracht der Dimension des Projektes erstaunlich ist.

Weshalb wurde die Betten-Kapazität des Neubaus nur geringfügig erhöht (von 370 auf 400), obwohl mit einem grösseren demographischen Zuwachs in der Region Baden zu rechnen ist?

Die Patientenzimmer sind als Zwei-Bett-Zimmer geplant. Aktuell ist vorgesehen, dass rund ein Viertel der Zimmer für Privatpatienten reserviert werden, das heisst mit nur einem Bett ausgestattet werden. Wir gehen davon aus, dass wir mit insgesamt 400 Betten mit der demographischen Entwicklung Schritt halten können. Zumal es ja auch noch gegenläufige Trends gibt wie beispielsweise «ambulant vor stationär», kürzere Aufenthaltsdauer und technischer Fortschritt. In diesem Bereich sind in den nächsten Jahren noch grosse Veränderungen zu erwarten, was wir in die Kalkulation des Neubaus miteinbezogen haben. Auch Konzepte wie *hospital@home* werden dazu führen, dass die Aufenthaltsdauer im Spital verkürzt wird. Dies wird aber nur möglich sein, wenn vor- und nachgelagerte Institutionen eng mit uns zusammenarbeiten. Vor diesem Hintergrund soll das KSB noch mehr zur Drehscheibe der Gesundheitsversorgung im Osten des Kantons Aargau avancieren.

Gibt es noch einen Aspekt, den wir noch nicht erwähnt haben, der Ihnen aber am Herzen liegt?

Bei all den Diskussionen um die Investitionen in die Infrastruktur sollte man eines nicht ausser Acht lassen: Medizin ist und bleibt ein «People-Business» – das wichtigste Gut eines Spitals sind daher gut qualifizierte, empathische Ärzte und Pflegende. Das KSB investiert daher nicht nur in seinen Neubau, sondern legt auch grossen Wert auf eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung seines Personals. Motivierte, engagierte und bestens qualifizierte Mitarbeitende werden auch im Spital der Zukunft ausschlaggebend für das Patientenwohl sein.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Adrian Schmitter ist CEO des Kantonsspitals Baden

Warum die besten Spitäler von Ärzten geführt werden

Der nachfolgende Artikel ist in der Originalversion und -länge erstmals im Dezember 2016 im «Harvard Business Review» unter dem Titel «Why The Best Hospitals Are Managed by Doctors» erschienen. Die untenstehende deutsche Fassung ist eine gekürzte Übersetzung.

Die Mayo-Klinik (Hauptsitz in Rochester, Minnesota) ist laut US News and World Report (USNWR) 2016 Amerikas bestes Krankenhaus. Die Cleveland Clinic belegt den zweiten Platz. Die beiden CEOs – John Noseworthy und Delos «Toby» Cosgrove – sind hochqualifizierte Ärzte. Tatsächlich werden beide Einrichtungen seit ihrer Gründung vor etwa einem Jahrhundert von Ärzten geführt.

Kann man daraus eine allgemeine Erkenntnis ableiten?

Eine im Jahr 2011 veröffentlichte Studie untersuchte die CEOs der 100 besten Krankenhäuser der USNWR in den drei wichtigsten medizinischen Fachgebieten Krebs, Verdauungsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Basis der Studie war die Frage: Werden Krankenhäuser höher eingestuft, wenn sie von medizinisch ausgebildeten Ärzten oder von professionellen Managern geführt werden, die keine Ärzte sind? Die Analyse ergab, dass die Krankenhaus-Qualitätswerte in den von Ärzten geführten Krankenhäusern etwa 25% höher waren als in von Managern geführten Spitälern.

Die Ergebnisse beweisen natürlich nicht, dass Ärzte bessere Führungskräfte sind, obwohl die Ergebnisse diesen Schluss zulassen, denn andere Studien ergeben diese Korrelation ebenfalls. So haben Untersuchungen von Nick Bloom, Raffaella Sadun und John Van Reenen ergeben, dass der Anteil der Manager mit klinischem Abschluss den grössten positiven Effekt hatte. Mit anderen Worten: Die Trennung von klinischem Wissen und Managementwissen in Krankenhäusern war mit einem schlechteren Management verbunden.

Warum Ärzte gute Manager sind ...

Welches sind die Attribute von Ärzten, die für eine verbesserte organisatorische Leistung verantwortlich sein könnten? Schaffen Ärzte als Führungskräfte ein sympathischeres und produktiveres Arbeitsumfeld für andere Kliniker und Mediziner, weil sie «einer von ihnen» sind?

Auf diese Fragen antwortete Dr. Toby Cosgrove, CEO der Cleveland Clinic, ohne zu zögern: «Glaubwürdigkeit ... Peer-to-Peer-Glaubwürdigkeit.»

Auf der Mayo-Website heisst es, dass die Klinik von Ärzten geleitet wird, weil «dies dazu beiträgt, dass wir uns weiterhin auf unseren primären Wert – auf die Bedürfnisse der Patienten – konzentrieren». Nachdem die Ärzte ihre Karriere damit verbracht haben, durch eine patientenorientierte Brille zu blicken, wechselten sie in Führungspositionen.

Unsere Untersuchungen legen nahe, dass ein Manager, der aufgrund seiner eigenen Erfahrung weiss, was zur Erledigung eines Auftrags auf höchstem Niveau erforderlich ist, mit grösserer Wahrscheinlichkeit das richtige Arbeitsumfeld schafft, geeignete Ziele festlegt und die Beiträge anderer genau bewertet. Wer einen vorbildlichen Arzt an der Spitze hat, sendet damit auch ein Signal an externe Stakeholder aus, beispielsweise an Job-Kandidaten oder an Patienten.

Schliesslich können wir erwarten, dass ein hochbegabter Arzt weiss, wie «gut» es aussieht, wenn er andere Ärzte anstellt. Nach Ansicht von Cosgrove tolerieren führende Ärzte auch eher «verrückte Ideen» (innovative Ideen wie der erste Bypass der Herzkranzgefässe, der Ende der 60er Jahre von René Favaloro an der Cleveland Clinic durchgeführt wurde). Cosgrove glaubt, dass die Cleveland Clinic Talente freisetzt, indem sie Menschen mit aussergewöhnlichen Ideen sicheren Raum bietet, und dass Führung angemessenes Versagen toleriert, was ein natürlicher Bestandteil wissenschaftlicher Bemühungen und Fortschritte ist.

... und wie Training sie noch besser machen kann

Gute Führung erfordert auch soziale Fähigkeiten. Medizinische Versorgung ist einer der wenigen Bereiche, in denen mangelnde Teamarbeit tatsächlich Leben kosten kann.

Paul Taheri, CEO von «Yale Medicine», hat ein Ausbildungsmodell entwickelt, in

dem auch eine Managementschulung enthalten ist. Er konzentrierte sich dabei auf einen zweistufigen Ansatz: Der erste Ansatz führt Ärzte in die grundlegenden Geschäftsprinzipien der Gesundheitsversorgung und in die Entwicklung persönlicher Führungsqualitäten ein. Dabei handelt es sich um ein über ein Jahr verteiltes Programm an rund 40 medizinischen Fakultäten. Für diejenigen Ärzte, die sich als aufstrebende Führungskräfte auszeichnen, ist der nächste Schritt ein MBA. Taheri besteht darauf, dass in den Executive-Programmen Ärzte immer mit anderen Ärzten geschult werden, diese jedoch von Haus aus in die sichere Lernumgebung der Business School entlassen werden.

Auch die «Cleveland Clinic» bildet seit vielen Jahren Ärzte zu Führungskräften aus. Beispielsweise begann Anfang der 90er Jahre ein kohortenbasierter jährlicher Kurs mit dem Titel «Leading in Health Care». Er forderte Ärzte mit hohem Management-Potential (und in jüngerer Zeit auch Krankenschwestern und Administratoren) auf, sich zehn Tage lang an externen Schulungen für Führungskompetenzen zu beteiligen, die ausserhalb des Bereichs der traditionellen medizinischen Ausbildung lagen. Kern des Lehrplans sind emotionale Intelligenz, Teambuilding, Konfliktlösung und situationsbezogene Führung. Der Kurs gipfelt in einem teambasierten Innovationsprojekt, das der Krankenhausleitung vorgestellt wird. 61% der vorgeschlagenen Innovationsprojekte hatten positive institutionelle Auswirkungen.

Es scheint einen wachsenden Konsens darüber zu geben, dass die Ausbildung von Ärzten in Führungsfunktionen von grosser Bedeutung ist. Vor allem auch, damit die Fähigkeiten von Ärzten umfassender genutzt werden können.

James K. Stoller, Amanda Goodall und Agnes Baker

*Übersetzung/Bearbeitung:
Bernhard Stricker, Redaktor Synapse*

Krankenhäuser zentralisieren, um Leben zu retten?

Unter dem provokativen Titel: «Krankenhäuser schliessen – Leben retten?» zeigte eine im Juli 2019 ausgestrahlte Sendung des WDR auf, warum Spitalschliessungen und Zentralisierung des medizinischen stationären Angebotes Sinn machen und zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung des Einzelnen führen (https://www.youtube.com/watch?v=yyna_uosBPo8).

Aus Patientensicht vermittelt die Nähe zu einem Spital ganz allgemein Sicherheit. Es ist daher nachvollziehbar, dass Spitalschliessungen alleine schon aus diesem Aspekt für die Bevölkerung bedrohliche Szenarien sind. Die Erreichbarkeit eines Spitals macht als Sicherheitsfaktor jedoch nur dann Sinn, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung sowie genügend Expertise vor Ort vorhanden oder zumindest abrufbar sind.

Die weltweite Forderung von Fachleuten heisst, die Patienten zugunsten einer hohen medizinischen Behandlungsqualität auf weniger Kliniken als aktuell vorhanden zu konzentrieren. Das heisst aber auch – und das unterstreicht in der Sendung des WDR eine Gruppe von Krankenhausexperten aus Deutschland [1] –, dass zugunsten dieser hohen Behandlungsqualität Abstriche an der Erreichbarkeit gemacht werden müssen. Entsprechend stellt Prof. Thomas Mansky, Arzt und Informatiker i.R., der seit über zehn Jahren in Sachen Qualität der Behandlung in deutschen Krankenhäusern forscht, fest, dass allgemein Patienten auf zu viele Kliniken verteilt werden und die Mengen, sprich Fallzahlen, dann dort nicht ausreichen, um genügend Erfahrung zu sammeln und die für eine hochstehende medizinische Versorgung notwendigen Vorhalteleistungen (Personal, Apparate) anzubieten. Wo Erfahrung oder Einrichtung fehlt, kann eine adäquate Behandlung nicht gewährleistet werden.

Vorbild Dänemark

Anregung, wie man dem von der Bevölkerung als Versorgungsverschlechterung wahrgenommenen Spitalschliessungsszenario entgegentreten kann, bietet die

Sendung mit ihrem Blick nach Dänemark. Die von der dänischen Regierung zurzeit in Umsetzung befindliche Gesundheitsreform verfolgt ein hohes Ziel: Ein System mit vormals 80 Kliniken wird über einen Zeitraum von zehn Jahren zu 21 grossen Zentrumskliniken umgestaltet, es inkludiert Um- und Erweiterungsbauten wie auch neue Klinikbauten «auf der grünen Wiese» [2]. Aktuell ist der Plan schon weit fortgeschritten, für rund sechs Millionen Dänen auf den Inseln, dem Land und in den Städten stehen bereits heute nur noch 32 Kliniken zur Verfügung. Damit einhergehend und unabdingbar wurde die Notrettung zentralisiert und optimiert, wie Dr. Freddy Lippert, Chef der Rettungszentrale der Hauptstadtregion, ausführt. Durch zentralisierte Triage von Notfallpatienten resultiert trotz teilweise grosser Distanzen insgesamt ein Zeitgewinn bei der Zuführung eines Patienten an die adäquate Behandlungseinheit, wobei die Behandlung teilweise schon auf dem Rettungsweg beginnt. Das verbesserte Outcome, wie die Halbierung der Sterblichkeit durch Herzinfarkt in Dänemark in den letzten 20 Jahren, wird von Dr. Lene Holmvang vom Rigshospitalet Kopenhagen auf die verbesserte Organisation und auf die Zentralisierung zurückgeführt. Laut OECD-Statistik hat Dänemark eine der geringsten Herzinfarkt-Sterblichkeitsraten von insgesamt 34 Ländern.

Folgerungen für Deutschland

Mit der Frage nach der optimalen Krankenhauslandschaft beschäftigen sich die bereits genannten Krankenhausexperten aus Deutschland in einer Studie, bei der sie die dänischen Vorgaben für ihre Kri-

terien verwenden: genügend Erfahrung für die angebotene Behandlung, erfahrenes Personal rund um die Uhr und moderne Ausstattung. Einzig die Erreichbarkeit muss, im Unterschied zum Vorbild Dänemark, gewährleistet sein. Übertragen auf eine Modellregion im Raum Köln ergäben die Resultate, dass von 38 Kliniken nur 14 Kliniken übrigblieben, die allerdings deutlich ausgebaut werden müssten.

Fazit

Könnten wir es akzeptieren, Kliniken zu verlieren, wenn wir damit die Sicherheit gewinnen, überall gut versorgt zu sein? So lautete die gesundheits- und gesellschaftspolitische offene Frage am Schluss der Sendung.

Sie soll uns auch in der Schweiz Anregung zu weiterer zukunftsorientierter, mutiger und innovativer Diskussion sein, was auch bei uns dringend nötig ist. Denn unsere föderalistischen Strukturen hindern nach wie vor eine effiziente Spitalplanung.

*Dr. med. Christiane Leupold,
Redaktionsmitglied Synapse*

1) U.a. Prof. Max Geraedts, Philipps-Universität Marburg, Prof. Boris Augurzyk, RWI-Leibniz-Institut Essen, Prof. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin.

2) https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/gesundheit_und_gesellschaft/gug/gg_09_17_dk.pdf
Anmerkung der Redaktion: «Super-Hospital-Programm»: Bis 2025 baut Dänemark sieben völlig neue Kliniken auf der grünen Wiese, neun weitere Spitäler werden umgebaut oder erweitert. Aus: *Gesundheit und Gesellschaft*, Ausgabe 9/17, 20. Jahrgang.

Ergebnisse der Befragung von Basler Hausärztinnen und Hausärzten zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung ihrer Patienten und Patientinnen in Alters- und Pflegeheimen

Vor knapp einem Jahr wurden sämtliche HausärztInnen des Kantons Basel-Stadt im Rahmen einer Dissertation am Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb) zur ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung ihrer PatientInnen in Alters- und Pflegeheimen befragt. Wir möchten uns herzlich für die rege Teilnahme bedanken und im Folgenden eine Übersicht über die wichtigsten Erkenntnisse geben. Die Ergebnisse sind zudem in Form eines Posters auf der Homepage des uniham-bb verfügbar. Wir erhielten Fragebögen von 107 HausärztInnen (Rückantwortquote: 45,5%). Davon waren 87 hausärztlich tätig und betreuten PatientInnen in einem APH und konnten somit in unsere Untersuchung eingeschlossen werden. Es antworteten uns ungefähr gleich viele Frauen und Männer (50,6% vs. 49,4%). Frauen waren

dabei statistisch signifikant jünger als Männer ($p = 0,0003$). Durchschnittlich betreuten die HausärztInnen 16,5 (range 1–60, SD 13,4) PatientInnen in APH. Männer betreuten statistisch signifikant mehr Patienten im APH ($p = 0,027$). Mehr als die Hälfte (56,3%) der HausärztInnen arbeiteten in einer Praxis mit drei oder mehr Ärzten, während in Doppel- sowie in Einzelpraxen deutlich weniger HausärztInnen tätig waren (24,1% bzw. 19,5%). Ein Viertel (26,4%) der HausärztInnen hatten klinische Erfahrung in der Psychiatrie, 13,8% hatten den Fähigkeitsausweis Psychosomatische und Psychosoziale Medizin. Die HausärztInnen schätzten, dass rund zwei Drittel (63,1%) ihrer PatientInnen in APH psychiatrische Symptome hatten. Als häufigste Symptome wurden dementielle (60%) und depressive Symptome

(23%) sowie Symptome einer Schlafstörung (11%) angegeben. Sie schätzten damit die Anzahl der von psychiatrischen Symptomen betroffenen PatientInnen in APH sowie die Häufigkeit der verschiedenen psychiatrischen Symptome, verglichen mit der aktuellen Datenlage, realistisch ein. Die am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka waren Antipsychotika (50,6%) und Antidepressiva (37%). Antipsychotika gelten nicht als geeignete Therapie für die häufigsten psychiatrischen Symptome (dementielle und depressive Symptome). Es könnte sein, dass die Verschreibung von Antipsychotika nicht immer medizinisch indiziert ist.

Allgemein wurde von der teilnehmenden Hausärzteschaft der Zugang zu PsychiaterInnen mit der Note 3,7 (range 1–6, SD 1,3) bewertet, was gemäss dem verwendeten (Schweizer) Notensystem ungenügend ist. Jüngere HausärztInnen beurteilten den Zugang statistisch signifikant schlechter als ältere HausärztInnen ($p = 0,004$).

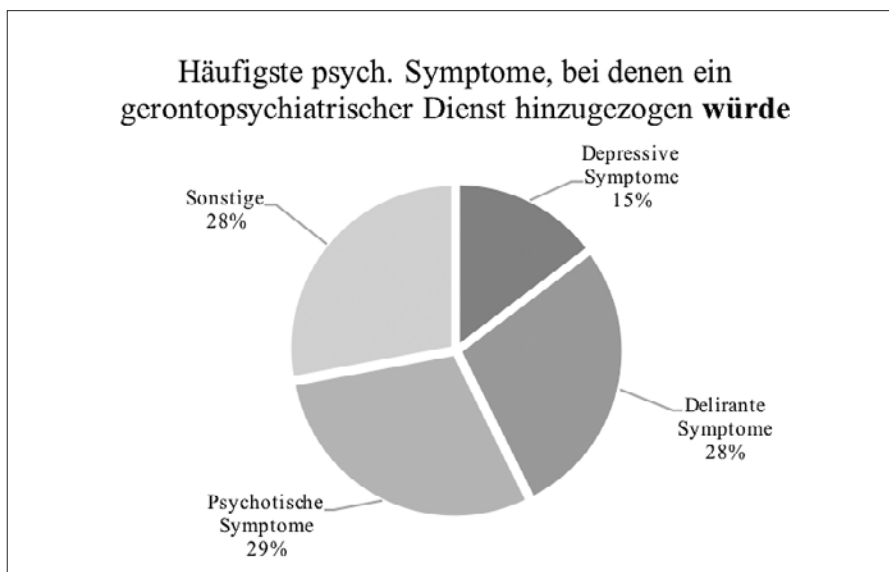
Knapp 9 von 10 HausärztInnen haben einen Bedarf an einem ambulanten gerontopsychiatrischen Dienst (89,4%); dies unabhängig von Alter, Anzahl betreuter PatientInnen in APH und Geschlecht. Die häufigsten psychiatrischen Symptome, bei denen ein gerontopsychiatrischer Dienst hinzugezogen würde, sind in nebenstehender Grafik dargestellt.

Aufgrund der Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die derzeitig vorhandenen ambulanten Dienste Alterspsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und die 50 Stellenprozent des Felix Platter-Spitals den Bedarf der HausärztInnen nicht abdecken. Ein Ausbau und allenfalls eine Restrukturierung dieses Dienstes oder die Implementierung eines neuen ambulanten Dienstes im Kanton Basel-Stadt können somit diskutiert, wenn nicht gar empfohlen werden. Dabei sollten auch die Anforderungen der APH an einen solchen Dienst eruiert werden.

Die vollständige Dissertation senden wir Ihnen auf Wunsch gerne zu (Bestellung via info-unihambb@unibas.ch).

Dr. med. Niclas Kiss und

Prof. Dr. med. Andreas Zeller, uniham-bb



Die häufigsten psychiatrischen Symptome, bei denen ein gerontopsychiatrischer Dienst hinzugezogen würde, sind psychotische Symptome (29%), delirante Symptome (28%) und depressive Symptome (15%). Sonstige Symptome machen 28% aus.

Wichtige Termine 2019/2020

Dienstagmorgen-Fortbildungen Liestal

03.12.2019 Nephrologie / Chronische Niereninsuffizienz, Dr. Felix Burkhalter, KSBL
21.01.2020 Funktionelle abdominale Erkrankungen – eingebildet oder unverstanden? Dr. Michael Steuerwald, Liestal

Hausarzt-Academy Basel

Save the Date: Donnerstag, 19.3.2020, 19–21 Uhr

Baselland schafft die «Pensionierten-Bewilligung» durch die Hintertür ab

In der letzten Synapse berichten Zürcher KollegInnen über ihren Kampf gegen die «Degradierung zum medizinischen Laien». Wie schon aus der Tagespresse bekannt, hat der Kanton Zürich Anfang dieses Jahres die bisherige Regelung für die «Pensionierten-Bewilligung» abgeschafft. Ich nehme an, die Redaktion der Synapse wollte mit dem Artikel zum Ausdruck bringen, dass die Zürcher KollegInnen unsere Sympathie und Unterstützung verdienen. Umso mehr vermisse ich, dass in der Synapse in keiner Weise darauf hingewiesen wird, dass im Kanton Baselland eine ähnliche Situation vorliegt. Im Gegensatz zum Kanton Zürich, wo die Seniorenbewilligung generell gestrichen wird, wird dies im Kanton Baselland durch die «Hintertür» umgesetzt. So habe ich (wie auch andere KollegInnen) von der Kantonsärztin einen Brief bekommen, in dem sie mich aufforderte, dass ich zur Verlängerung meiner selbständigen Berufstätigkeit als pensionierter Arzt ein Zeugnis über meine körperliche und geistige Gesundheit einzureichen habe und zudem eine Kopie meiner Berufshaftpflichtversicherung beizufügen habe. Mein Einwand, dass ich höchst selten innerhalb der Familie ein Rezept ausstelle und dass ich aus meiner Tätigkeit keinerlei Entschädigung erhalte, wurde mit dem Hinweis auf gesetzliche Vorgaben abgelehnt. Auch mein Argument, dass innerhalb der Familie keine Haftpflichtansprüche geltend gemacht werden können und dass die Kosten für die entsprechende Versicherung hinausgeworfenes Geld bedeuten, fand ebenso kein Gehör. Zähneknirschend habe ich deshalb den Forderungen der Kantonsärztin stattgegeben. Mir sind aber mehrere KollegInnen bekannt, die nach dem Schreiben der Kantonsärztin ihre Seniorenbewilligung zurückgegeben haben – nicht mit Freude, aber dem Zwang nachgebend! Dass ich aber auch KollegInnen kenne, die älter sind und die schon länger als ich die Pensionierten-Bewilligung haben, die aber von der Kantonsärztin den genannten Brief noch nie erhalten haben, hinterlässt bei mir ein sehr zwiespältiges Gefühl – ist Baselland eine Bananenrepublik??? Der Aufforderung der Kantonsärztin, ihr diese KollegInnen zu melden, bin ich selbstverständlich nicht nachgekommen!

Dr. med. Peter Strohmeier, Oberwil

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Christiane Leupold, 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

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch
www.fortbildungskalender-synapse.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

© 2019 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz und Druck

Die Medienmacher AG, Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 04, Fax 061 467 85 56
E-Mail: info@emh.ch

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

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 18.11.2019

printed in
switzerland



Sekretariat der Ärztesellschaft 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
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch