



Leitartikel

## Kein Hausarzt ohne Weiterbildung in der Hausarztpraxis

Eva Kaiser, Vorstand VHBB

Nach der ärztlichen Schlussprüfung beginnt die Weiterbildung zum Facharzt. Diese findet im Normalfall in dem Arbeits- und Fachbereich statt, der dem angestrebten Facharztstitel entspricht.

Für Hausärzte ist dies leider noch nicht die Regel. Der grösste Teil der Weiterbildung, in den meisten Fällen sogar die gesamte Weiterbildung, findet in den Spitälern statt. Das bietet dem Anwärter für diesen Facharztstitel zwar die Gelegenheit, die Weiterbildung umfassend zu gestalten und sich zahlreiche einzelne Fachkenntnisse und technische Fertigkeiten anzueignen, die eigentliche Arbeit als Hausarzt wird dabei jedoch nicht erlernt. Sie beinhaltet Faktoren, welche im stationären und sogar im

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Psychische Belastung am Arbeitsplatz und Burnout – Lösungsansätze 4
- Gedanken zum Notfalldienst 5
- Kinder kranker Eltern 6
- Vom Verschwinden der Typhuspatienten 8
- Neuorganisation des Notfalldienstes in Baselland – Stand der Arbeiten 11
- Analysenlistenrevision aus der Sicht des Fachlabors 15
- Synapse bei den Basler Ärzten beliebt 16
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 17

Editorial

### Leuchtreklamen für Ärztinnen und Ärzte?

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Von Alters her hat in der Schweiz die Ärzteschaft auf sichtbare Werbung verzichtet. Grösse und Beschriftung der Praxisschilder waren streng reglementiert und wurden genau kontrolliert. Auch wenn diese Gebote heute etwas liberaler sind, ist die Ärzterwerbung immer noch sehr zurückhaltend. Leuchtreklamen vor Arztpraxen sind in unseren Breitengraden Ausnahmeerscheinungen. Auch die mei-

sten Websites von Ärzten beschränken sich auf das Vermitteln von Informationen. Umgekehrt finden sich immer mehr versteckte Werbetbotschaften in den öffentlichen Medien. Gesundheitssendungen nehmen solche Themen auf und verbreiten diese nach ihren eigenen Gesetzen. Illustrierte füllen sich mit Berichten über neue, noch bessere Heilverfahren. Natürlich sind es längst nicht mehr alleine Ärztinnen und Ärzte, die solche anbieten, sondern eine Vielzahl von Therapeuten jeglicher Couleur. Soll die Ärzteschaft in Zukunft noch schrillere Prospekte oder aufregen-

dere Fernsehsendungen sponsern und mit noch grösseren Leuchtreklamen die Konkurrenz übertrumpfen? Umfragen zeigen, dass die Ärzteschaft – allen gegenteiligen Aussagen gewisser Medien, Beamten und Politiker zum Trotz – einen sehr hohen Vertrauensbonus in der Bevölkerung besitzt. Auf diesen sollten wir weiter setzen und unsere dahinter stehenden guten Leistungen und unsere Qualität für uns werben lassen – auch wenn dies eher Mundpropaganda statt Leuchtreklamen benötigt. Dann bleiben wir als Fachleute auch in unseren politischen Forderungen glaubwürdig.

ambulanten spezialärztlichen Bereich kaum vorkommen: Hausbesuche, Betreuung im Alters- und Pflegeheim oder die Langzeitbetreuung, die dem Hausarzt die Begleitung der Patienten über den Zeitraum einzelner Erkrankungen hinaus und über Jahre hinweg ermöglicht.

Bei der Behandlung des akuten Problems, welches den Patienten zu ihm führt, kann er so den persönlichen Hintergrund und das Umfeld des Patienten berücksichtigen und sein Vorgehen individuell anpassen.

In der Hausarztpraxis ist ein grosser Anteil der täglichen Probleme harmloser Natur. Das hausärztliche Handeln, welches die Beurteilung von Krankheiten in einer oft noch untypischen Frühphase erfordert und sich dann häufig auf eine symptomatische Therapie, ein begleitendes Gespräch und eine zuwartende Haltung beschränkt, kann nur beim Hausarzt abgeschaut und erlernt werden.

Der Hausarzt muss häufig ohne Rückhalt durch Vorgesetzte oder ein Kollegenteam rasche und eigenständige Entscheidungen treffen. Diese Aussage trifft glücklicherweise heute nur noch bedingt zu, da immer mehr Hausärztinnen und Hausärzte in Gruppen- oder Gemeinschaftspraxen arbeiten. Daneben sind die meisten Hausärzte seit langem in Qualitätszirkeln organisiert, durch die ebenfalls Rückhalt gefunden werden kann. Auch die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Spezialisten und Spitalärzten ist niederschwelliger geworden und wird zunehmend genutzt.

Das andere Patientenspektrum, abwartendes Offenlassen, Mix der Krankheitsbilder und -stadien, Schwankungen in der Gefährlichkeit der Verläufe, Gesundheitsförderung, Familienmedizin, das Nebeneinander von akuten und chronischen Krankheitsbildern, Multimorbidität,



tät, Prävention, umfassende Betreuung Chronischkranker, Multikulti- bzw. transkulturelle Medizin etc.: dies sind Aspekte ärztlicher Arbeit, die man in einer Hausarztpraxis erlernen kann. Zur optimalen Vorbereitung auf die Anforderungen, die an zukünftige Hausärzte gestellt werden, ist es daher wichtig, einen Teil der Weiterbildung in einer solchen Praxis zu absolvieren.

Seit 10 Jahren organisiert das Kollegium für Hausarztmedizin KHM im Rahmen des Programms Praxisassistenten solche Weiterbildungsstellen. Die Hausärzte, die sich als Lehrpraktiker zur Verfügung stellen, erhalten hierfür eine spezifische Vorbereitung, damit die von ihnen betreuten Assistenzärzte optimal von dieser – in der Regel 6 Monate dauernden – Weiterbildungsphase profitieren.

Um die heutige Dichte der hausärztlichen Versorgung zu erhalten, braucht es jährlich deutlich über 160 neu weitergebildete Hausärzte. Deshalb sind die 40 pro Jahr im KHM-Programm mitfinanzierten Stellen eindeutig ungenügend, um jedem zukünftigen Hausarzt eine solche Weiterbildung anzubieten.

Die Gesundheitsdirektorenkonferenz

GDK, welche den Stellenwert der Weiterbildung in der Hausarztpraxis erkannt hat, hat ihren Gesundheitsdirektoren empfohlen, solche Praxisassistentenstellen kantonal zu organisieren und finanziell zu unterstützen. Erfreulicherweise sind nun auch in Basel-Stadt und Basel-Land solche Praxisassistentenstellen in Planung. Die Planung und Organisation geschieht in Zusammenarbeit mit den Kantonsärzten und dem Institut für Hausarztmedizin der Uni Basel IHAMB. In beiden Kantonen muss wegen der finanziellen Konsequenzen noch eine entsprechende Vorlage durch die kantonalen Parlamente verabschiedet werden. Die Vereinigung der Hausärzte beider Basel VHBB nimmt dabei einen beobachtenden und beratenden Status ein und informiert seine Mitglieder an dieser Stelle gerne weiter.

Anmerkung: Zugunsten der flüssigen Lesbarkeit des Textes wurde von der Verfasserin ausschliesslich die männliche Form gewählt, wenn auch fast häufiger die weibliche gemeint ist ...

# Psychische Belastung am Arbeitsplatz und Burnout – Lösungsansätze

Die mehrheitliche Nutzung der männlichen Form erfolgt ausschliesslich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit.

*Dr. phil. Lucien Schoppig, Institut für systemische Psychologie GmbH, Basel*

Der in den letzten Jahren zunehmende Druck in der Arbeitswelt wirkt sich in vielen Unternehmen auf die innerbetriebliche Kultur aus. Im Umgang mit Mitarbeitenden kommt es vermehrt zu offensichtlichem oder verstecktem Gebrauch von Macht und Einschüchterung. Aber auch Gründe, die mehr in der Persönlichkeit der Mitarbeiter liegen, können dazu führen, dass der Organismus nicht mehr mitspielt und Ihr Patient Ihnen in der Sprechstunde klagt: «Ich weiss nicht mehr wie weiter. Ich habe grosse Probleme am Arbeitsplatz.» Im Gespräch mit Ihnen fühlt sich der Patient verstanden und beruhigt sich ein wenig. Oft bleibt keine andere Möglichkeit, als ihn, im Sinne der «Ersten Hilfe», arbeitsunfähig zu schreiben.

Was auf der einen Seite den Patienten unmittelbar schützt und entlastet, löst auf der Arbeitgeberseite in der Regel Unmut und Ärger aus. Krankheit wird als «krankfeiern» abgewertet und kann die Bereitschaft des Arbeitgebers, das Arbeitsverhältnis aufzulösen, erhöhen. Ihr Patient ist bei Krankheit vorerst auch vor der Kündigung seitens des Arbeitgebers geschützt. Dennoch tauchen in der Regel Ängste in bezug auf die zukünftige berufliche Situation und im Hinblick auf die Existenzsicherung auf. Diese Ängste verstärken sich bei jeder Kontaktnahme zum oder seitens des Arbeitgebers. In der Folge entsteht sehr oft eine Kommunikationsblockade zwischen der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerseite.

## Psychodynamik

Patienten, die in der ärztlichen Praxis Schutz und Hilfe suchen, haben, aus ihrer Sicht, massive Kränkungen über längere Zeit erlebt und befürchten, diesen bei einer Rückkehr an die Arbeit vermehrt und völlig ungeschützt wieder ausgesetzt zu

sein. Dieser Gedanke mobilisiert massive Ängste und verunmöglicht das Verlassen des durch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung geschaffenen «Schutzraumes». Die depressive Grundstimmung nimmt zu und begünstigt den sozialen Rückzug, die ungewohnte und ungewollte «Untätigkeit» fördert negatives Gedankenkreisen.

Die Erfahrungen, welche der Autor als Co-Leiter der GGG Beratungsstelle help (Tel. 061 272 17 17) in Basel in den letzten 6 Jahren gemacht hat, bestätigen, dass nebst der psychotherapeutischen Intervention beim Klienten auch die Vermittlung von arbeitsrechtlichem Know-how und vor allen Dingen die Mediation zum Arbeitgeber von sehr grosser Bedeutung sind. Die Auflösung dieser Kommunikationsblockade wirkt sich direkt auf den Gesundheitszustand der Patienten aus. Aber nicht selten reichen diese Massnahmen noch nicht, um genügend schnell der sekundären depressiven Entwicklung entgegenzuwirken.

## «vorwärtszurück»

Hier greift ein ergänzendes Frühinterventionsprogramm, welches vor allen Dingen Ihre anforderungsreichen Patienten anspricht, bei denen eine länger dauernde Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann. Das Programm «vorwärtszurück» wurde am Institut für systemische Psychologie entwickelt. «Vorwärts» in die gestaltete Zukunft blicken, ermöglicht das «Zurück» in den Arbeitsmarkt. Es reduziert das Risiko der sekundären Persistierung der (depressiven) Erkrankung, indem es die Betroffenen aktiviert, aus der sozialen Isolation herausholt und mit drei aufeinander abgestimmten Elementen den negativen Teufelskreis durchbricht. Die Teilnehmenden werden in einem dreigeteilten, individuell auf ihre Situation abgestimmten Coaching unterstützt.

In der *ersten Phase* macht es die externe Unterstützung mög-

lich, die sehr häufig anzutreffende Kommunikationsblockade zwischen Arbeitgeber und Mitarbeiter zu durchbrechen. Die psychisch erkrankten Personen vermeiden aus Angst den Kontakt zum Arbeitgeber. Entscheidungen für das weitere Vorgehen in bezug auf das bestehende Arbeitsverhältnis sind blockiert. Mit Hilfe des Coachings können in Zusammenarbeit mit der Arbeitgeberseite Entscheidungsoptionen erkannt und geklärt werden. Die Überwindung der Entscheidungsblockade ist Voraussetzung für den Blick «Vorwärts».

In der *zweiten Phase* erfolgen die würdige Berücksichtigung erlebter Kränkungen, die Reflexion der Denk- und Handlungsmuster und die Fokussierung auf Stärken und Ressourcen, welche sich bereits in der erfolgreichen Bewältigung anderer schwieriger Lebenssituationen bewiesen haben. Darauf aufbauend werden in der *dritten Phase* Informationen für die berufliche Neuorientierung, Erstellen von Bewerbungsunterlagen und grundlegende Bewerbungsstrategien vermittelt. Die Umsetzung und Vertiefung des Erlernten kann evtl. mit der Teilnahme an einem Bewerbungstraining in einer Gruppe von Personen mit einer ähnlichen persönlichen Situation ergänzt werden.

Das Programm «vorwärtszurück» ergänzt und entlastet Sie in Ihren ärztlichen Bemühungen bei anforderungsreichen Patienten mit psychischer Belastung am Arbeitsplatz und Burnout. Die rasche Zusammenarbeit mit Ihnen ermöglicht eine frühzeitige Intervention zugunsten aller beteiligten Parteien. Die Finanzierung kann über die IV oder evtl. über die Krankentaggeldversicherung erfolgen. Gerne erteile ich Ihnen weitere Auskünfte (Kontakt s. Kästchen).



INSTITUT FÜR SYSTEMISCHE PSYCHOLOGIE GmbH  
Sevogelstrasse 123 CH 4052 Basel 061 311 16 11

vorwärts zurück®

www.systemische-psychologie.ch  
info@systemische-psychologie.ch

# Gedanken zum Notfalldienst

*Dr. med. Peter Jäggi, Biel-Benken*

**Die Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes wird schwieriger. Altersbedingt stehen weniger Kollegen zur Verfügung, welche sich den Dienst teilen können, zudem nimmt die Bereitschaft von uns Ärzten, Notfalldienst zu leisten, generell ab. Dies zeigt sich an der teilweise erschreckend grossen Dispensierensrate. Das Modell Baden wird als Lösung unseres kranken Systems vorgestellt und soll rasch – ich denke: überstürzt – eingeführt werden. Erlauben Sie mir hierzu einige Bemerkungen.**

Der normale Praxisalltag bringt täglich grössere und kleinere Notfälle, bei denen diagnostiziert, triagiert und therapiert werden muss. Die Arbeit im Notfalldienst am Wochenende unterscheidet sich nicht prinzipiell davon. Jeder Arzt in der Praxis kann im Notfalldienst mitarbeiten, es sei denn, er will nicht.

Auch im neuen Modell braucht es Leute, die arbeiten. Und es reicht nicht, nur einen Kollegen für Hausbesuche auf Dienst zu stellen. Das Einzugsgebiet ist gross. Von Birsfelden nach Burg reicht eine halbe Stunde reine Fahrzeit auch in verkehrsarmen Zeiten bei weitem nicht. Auch im neuen Modell werden wir also Notfalldienst leisten müssen, ob wir nun dazu Lust haben oder nicht.

Die Belastung während des NFD ist unterschiedlich. Es gibt ruhige Phasen, wo

«nichts läuft». Diese kann ich in meiner Praxis sinnvoll nutzen, um administrative Arbeiten zu erledigen. Die Klage «es läuft ja nichts im NFD» kann ich darum nicht verstehen.

Dass der Notfalldienst mit dem Tarmed nicht fürstlich abgegolten wird, stimmt. Der Notfalldienst ist wirtschaftlich gesehen aber nach wie vor kein Defizitgeschäft, trotz gegenteiligen Unkenrufen. Der NFD am Wochenende erhöht die Fixkosten kaum. Der im NFD erarbeitete Zusatzumsatz erlaubt es, den hohen Kostensatz der Praxis zu senken, und wirkt sich damit überproportional auf das Einkommen aus. Zudem ist der als Verhandlungsbasis besprochene Entschädigungssatz von 100 Franken pro Stunde im «Hausarztambulatorium» für mich nicht nachvollziehbar, wurde mir doch für die (nicht notfallmässig durchgeführte) Reparatur meiner Geschirrwaschmaschine im August 08 ein Stundensatz von 141 Franken verrechnet.

Glücklicherweise sind nächtliche Einsätze nicht so häufig. Ich kann am folgenden Tag die normale Praxisarbeit weiterführen. Nach einer Spitalnacht wäre dies kaum möglich.

Seit meiner Praxiseröffnung bin ich mein eigener Herr und Meister. Ich schätze es sehr, dass ich meine Arbeit so organisieren kann, wie ich es selber will und für richtig halte. Ich glaube nicht, dass eine Notfalldependance längerfristig ohne Strukturen funktionieren kann. Je unterschiedlicher die Arbeitenden,

desto wichtiger ist die Einhaltung genau definierter Abläufe und Vorgehensweisen. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis ein «Notfallambulatorium» nicht nur einen Administrator, sondern auch einen für den fachlichen Bereich verantwortlichen Chef benötigt. Von da bis zur Übernahme des Ambulatoriums durch festangestellte Kollegen ist nur ein sehr kleiner Schritt. Den Notfalldienst wären wir los, aber auch unsere besten Argumente für den Erhalt unseres Praxislabors und für unser Röntgen!

Politisch stehen wir oft im Gegenwind. Die Patienten und ihre Angehörigen schätzen den NFD in der Praxis, sie schätzen die Hausbesuche und die direkte Medikamentenabgabe. In Zukunft werden wir aufgrund des weiter steigenden ökonomischen und politischen Druckes auf diese Positivwerbung dringend angewiesen sein.

Liebe Kollegen und Kolleginnen, unser bisheriges Notfalldienstsystem läuft nicht problemlos. Aber immerhin funktioniert es und bringt uns Praktikern viel Goodwill seitens der Patienten. Daneben generiert es einen doch recht wesentlichen Umsatz – bei fast gleichen Fixkosten.

Auch mit dem Badener Modell würden alle Notfalldienst leisten müssen, auch jene, die ihn gerne anderen überlassen würden. Wir sollten den Systemwechsel nicht forcieren, ein einmal vorgenommener Wechsel ist nicht mehr rückgängig zu machen.

# Kinder kranker Eltern

PD Dr. med. Barbara Steck

## Einführung

Kinder von kranken Eltern werden als Risikogruppe betrachtet. Die Eltern von Kindern mit psychischen Störungen leiden signifikant häufiger an chronischen körperlichen oder an psychischen Krankheiten. Jede gravierende Erkrankung stellt nicht nur für das betroffene Individuum, sondern auch für die übrigen Familienmitglieder, besonders für Kinder und Jugendliche, eine schwere psychische Belastung dar und ist mit hohen Anforderungen von kontinuierlicher Auseinandersetzung, Bewältigung und Anpassung verbunden. Die ernsthafte Krankheit beeinflusst auf vielfache Art und Weise die Beziehung zwischen Kind und Eltern und kann die psychische Entwicklung eines Kindes gefährden.

## Zum Krankheitsverarbeitungsprozess

Wie eine Krankheit verarbeitet wird, hängt von der Lebensgeschichte, der Persönlichkeit, kritischen Lebensereignissen sowie von der Diagnose, dem Verlauf und der Schwere der Krankheit ab. Das subjektive Krankheitserleben ist sehr unterschiedlich und wird geprägt von der Bedeutung, die der Krankheit zugeschrieben wird, sowie von äusseren Faktoren wie Partnerschaft, familiärer und sozialer Unterstützung. Unter Krankheitsverarbeitung wird die Bemühung verstanden, die somatisch-biologischen, psychischen und sozialen Folgen der Krankheit in die intrapsychische und interpersonale Realität zu integrieren. Bei der Verarbeitung einer chronischen Krankheit handelt es sich um einen Trauerprozess der Verluste von Gesundheit, zukünftigen Zielen und Unabhängigkeit. Der Rollen- und Funktionswechsel in Familie und Beruf erfordert viel Flexibilität. Auch die betreuenden Partner sind von Verzicht betroffen und nehmen meist eine zentrale Rolle in der Familie ein. Die genetischen Risiken und der unabsehbare Verlauf der Krankheit stellen eine spezifische Herausforderung für die elterliche und kindliche Bewältigung und Anpassung dar. Die Krankheitsverarbeitung von Kindern und Jugendlichen hängt von ihrem

Entwicklungsstand, ihrer Persönlichkeits- und Abwehrstruktur, Risiko und protektiven Faktoren ab. Sie wird mit zunehmendem Alter besser und wird durch die elterliche Krankheitsverarbeitung beeinflusst. Je besser die Eltern und vor allem der gesunde Elternteil die Krankheitsbelastung bewältigen, desto besser können ihre Kinder sich an die Krankheitssituation anpassen. Die Eltern dienen als wichtige Imitationsfigur und bedeutsames Rollenmodell. Das Kind ist mit der Aufgabe konfrontiert, sich Sinn und Bedeutung aus der elterlichen Krankheitserfahrung zu erarbeiten und diese in anpassender Art und Weise in seine laufende Entwicklung zu integrieren.

## Zur Familiendynamik, Elternschaft und Kommunikation

Die Krankheitsphasen eines chronischen Krankheitsprozesses beeinflussen die Lebenszyklen und -übergänge der Familie und ihrer Mitglieder. Die mit der Krankheit verbundene Krisensituation kann zur Abgrenzung der Familie gegenüber der Aussenwelt, d.h. zur sozialen Isolation und zur Konfliktvermeidung innerhalb der Familie, führen. Wenn die Krankheit zum primären Fokus des Geschehens für die ganze Familie wird, so können individuelle, emotionale und Entwicklungsbedürfnisse der Kinder nicht mehr angemessen berücksichtigt werden.

Kranke Eltern erfahren eine Schwächung ihrer Kompetenz und zeigen sich in ihrer Erziehungshaltung oft inkonsequent. Die Krankheit bricht in die Kontinuität der Verfügbarkeit und Verlässlichkeit der Eltern ein. Die mit der Krankheit verbundenen Symptome und affektiven Reaktionen der Eltern bewirken eine emotionale Distanzierung in der Eltern-Kind-Beziehung. Kinder fühlen sich oft nicht wahr- und ernst genommen, sondern verlassen und abgelehnt.

Eine intrafamiliäre Kommunikation kommt aus Angst, dass Austausch von Wissen und Gefühlen kränkend sein könnte, nicht zustande. Die Eltern haben Mühe, ihre Kinder altersentsprechend zu informieren und wollen sie nicht unnötig belasten (die Krankheit wird sogar geheim gehalten). Kinder und Jugendliche wünschen mehr Informationen zu

erhalten, verzichten aber auf Fragen, deren Antworten sie zusätzlich ängstigen oder den kranken Elternteil verletzen könnten. Es handelt sich meist um elterliche Ängste vor emotionalen Durchbrüchen, die oft mit eigenen unverarbeiteten kritischen Lebensereignissen zusammenhängen. Katastrophale Ängste und Phantasmen der Kinder, die verschwiegen gehalten werden, sind jedoch viel destruktiver als realistische Sorgen, die Kinder mit ihren Eltern teilen können.

## Psychosoziale Auswirkungen und Krankheitserleben bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche übernehmen oft Rollen und Funktionen von Erwachsenen ihren Eltern oder Geschwistern gegenüber. Sie zeigen grosse Anpassungs- und Verzichtleistungen und stellen eigene Bedürfnisse, Nöte und Ängste zurück. Die lang andauernde emotionale Überforderung beeinträchtigt Entwicklungsprozesse. Frühreifes Verhalten bei gleichzeitiger emotionaler Abhängigkeit und Unreife ist eine mögliche Folge. Die psychische Erkrankung eines Elternteils, aber auch die affektiven Reaktionen, vor allem die Depression oder Suizidäusserungen eines körperlich schwerkranken Elternteils stellen für Kinder eine besonders ernsthafte Belastung dar. Sie fühlen sich in ihrer Wahrnehmung verwirrt und verunsichert und erleben ihre Eltern als abwesend, fremd und sogar unheimlich. Eine zusätzlich schwerwiegende Herausforderung für Kinder sind z.B. Halluzinationen und Wahnvorstellungen eines psychotisch kranken Elternteils oder Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen suchtkranker Eltern sowie die Terminalphase und der bevorstehende Tod eines krebserkrankten Elternteils.

Zu den bei Kindern und Jugendlichen auftretenden psychosozialen Auswirkungen gehören Angst und Depression, seltener Verhaltensstörungen, Selbstwert- und Beziehungsprobleme, Identitäts-, Konzentrations- und Lernschwierigkeiten sowie psychosomatische Symptombildungen (hypochondrische Klagen, Konversionssyndrome, Körperbildstörungen). Die Prävalenz von psychosoma-

tischen Störungen bei Kindern von somatisch oder psychosomatisch kranken Eltern wird bis zu 15% beschrieben gegenüber 5% bei Kindern von gesunden Eltern. Die Beschäftigung mit der Angst, eine ernsthafte Krankheit zu haben, entsteht durch Beobachtung, Imitation und Identifikation mit der elterlichen Krankheit, d.h. mit Symptomen und Behinderungen der kranken Eltern. Die Ängste beziehen sich auf eigene körperliche Empfindungen, die fehlinterpretiert werden. Eigene Erkrankungen oder Unfälle begünstigen die Entwicklung dieser Symptomatologie. Die Beschäftigung mit hypochondrischen Ängsten erlaubt aber auch, die Auseinandersetzung mit den durch die elterliche Krankheit erlittenen Verzichten und Einschränkungen zu vermeiden, die mit Wut, Trauer und Schmerz verbunden sind. Kinder weichen so einer Trauerarbeit der mit der elterlichen Erkrankung einhergehenden multiplen Verluste aus.

Im Vorschulalter wird die Krankheit als existentielle Bedrohung (Trennungs-, Verlust- und Todesängste) erlebt. Das fundamentale Bedürfnis des Kleinkindes nach Schutz und Gehaltenwerden kann im Empfinden des Kindes durch den kranken Elternteil nicht garantiert werden. Die Beschäftigung mit Krankheit, Tod, Übertragung von Krankheit und den damit verbundenen Ängsten und Gefühlen findet für viele Kinder von kranken Eltern zu einem früheren Zeitpunkt und in viel intensiverem Ausmass statt als bei Kindern gesunder Eltern.

Ab Schulalter beschäftigen sich Kinder mit Fragen der Krankheitsübertragung – und Ansteckung, also mit Fragen von Heredität und Kontamination. Sie äussern Ängste, ebenfalls von der Krankheit betroffen zu werden oder die Krankheit auf eigene Kinder zu vererben.

Die im Zusammenhang mit der elterlichen Krankheit ausgelösten Affekte sind für das Kind oft unerträglich. Die Angst vor dem Verlust des kranken Elternteils oder die Enttäuschung darüber, dass der kranke Elternteil nicht verfügbar ist, lösen Trauer und Wutgefühle aus. Diese intensiven Emotionen werden meist heftig abgewehrt. Was die Schuldgefühle betrifft, so zeigen Kinder im Vorschulalter magisches Denken mit schuldhaften Phantasien, die Krankheit der Eltern verursacht zu haben. Im Latenzalter beziehen Kinder ihre Schuldgefühle auf eigenes schlechtes Verhalten gegenüber dem kranken Elternteil. Schuldgefühle, die aus dem erlebten Konflikt zwischen

Verantwortungsgefühlen und Ablösungswünschen resultieren, sind vor allem bei Jugendlichen vorzufinden. Viele Kinder fühlen sich mit ihrer Wahrnehmung einer lebensbedrohenden inneren und äusseren Realität ihrer Eltern allein gelassen. Die Unvorhersehbarkeit der Krankheit ist für das Kind mit Hoffnungslosigkeit und Zukunftsbedrohung verbunden.

Bei Jugendlichen sind Individuations- und Trennungsprozesse durch Abhängigkeitskonflikte, Loyalitäts- und Schuldgefühle beeinträchtigt, was die Besetzung von Beziehungen ausserhalb der Familie erschwert. Die intrapsychischen Entwicklungsschwierigkeiten werden durch die reale Situation der Eltern, die auf Hilfeleistungen und emotionale Unterstützungen ihrer Jugendlichen angewiesen sind, noch zusätzlich belastet.

### **Zu den präventiven und therapeutischen Massnahmen**

Oft ist die Betreuung von kranken Eltern und ihren Familien schwierig, da Hilfsangebote von der Familie als Einmischung, zusätzliche Belastung oder sogar als Bedrohung (z.B. von kranken Eltern in ihrer Eigenständigkeit oder davor, dass Fachleute kranken Eltern ihre Kinder wegnehmen könnten) erlebt werden. Ziel ist es, Kindern kranker Eltern zu ermöglichen, die nötige psychosoziale Kompetenz zu entwickeln, um die belastende Situation meistern und daran reifen zu können.

Deshalb ist es wichtig, zu Beginn der Krankheit des Elternteils seine Familie in den Betreuungsprozess mit einzubeziehen, um den spezifischen Gefährdungen und Bedürfnissen der Familie, des kranken und auch des gesunden Elternteils und besonders der Kinder verschiedener Altersstufen (hohes Risiko für Kleinkinder und Jugendliche) besser gerecht zu werden.

Für Kinder hat die Krankheitsverarbeitung der Eltern und insbesondere des gesunden Elternteils eine zentrale Bedeutung für die eigene Bewältigung der elterlichen Krankheitssituation. Altersspezifische und kontinuierliche Information an Kinder und Jugendliche über die Krankheit ist zu gewährleisten, damit sie zwischen phantasierten Ursachen (z.B. verantwortlich zu sein für die Krankheit des Elternteils) und wirklichen Krankheitsursachen zu unterscheiden lernen. Die objektive Information über Krankheit und Tod – wenn sie in adäquater individueller Dosierung und angepasst an

das Verständnisvermögen des Kindes erfolgt – unterstützt die bewusste Verarbeitung und erleichtert dadurch die Trennung zwischen Phantasie und Realität. Für Kinder gilt es zu beachten, dass ihre emotionalen und Entwicklungsbedürfnisse erfüllt und ihre eigenen Interessen und Aktivitäten sowie alternative bedeutsame Beziehungen respektiert werden. Der offene Dialog über die Krankheit und das Anerkennen der psychosozialen Auswirkungen der Krankheit auf ihre Kinder sowie die Gewissheit, dass ihre Eltern in einem sozialen Netzwerk unterstützt werden, tragen zur gesunden kindlichen Entwicklung massgebend bei. Die soziale oder psychotherapeutische Unterstützung – des kranken Elternteils, des betreuenden gesunden Elternteils oder der Familie – mag eine wesentliche Rolle in der Belastungsbewältigung der ganzen Familie spielen.

Positive Auswirkungen der Krankheit auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen werden wenig diskutiert. Wie Eltern mit Recht feststellen, verfügen ihre Kinder über grössere soziale Fähigkeiten, Verantwortung und Verständnis für Kranke und Behinderte. Sie vollziehen autonome und kreative Entwicklungsschritte, wenn genügend protektive Einflüsse vorhanden sind, wie z.B. eine offene Kommunikation über das Erleben der Krankheitssituation und ein gemeinsamer Verarbeitungsprozess der Eltern. Gelingt den Eltern eine psychische Integration der Krankheit, stellen sie für ihre Kinder ein Vorbild für den Umgang mit eigenen Schwierigkeiten dar.

#### **Literaturangaben bei der Autorin**

PD Dr. med. Barbara Steck  
FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
St. Alban-Anlage 35, 4052 Basel

#### **Spezialsprechstunde für Kinder kranker Eltern**

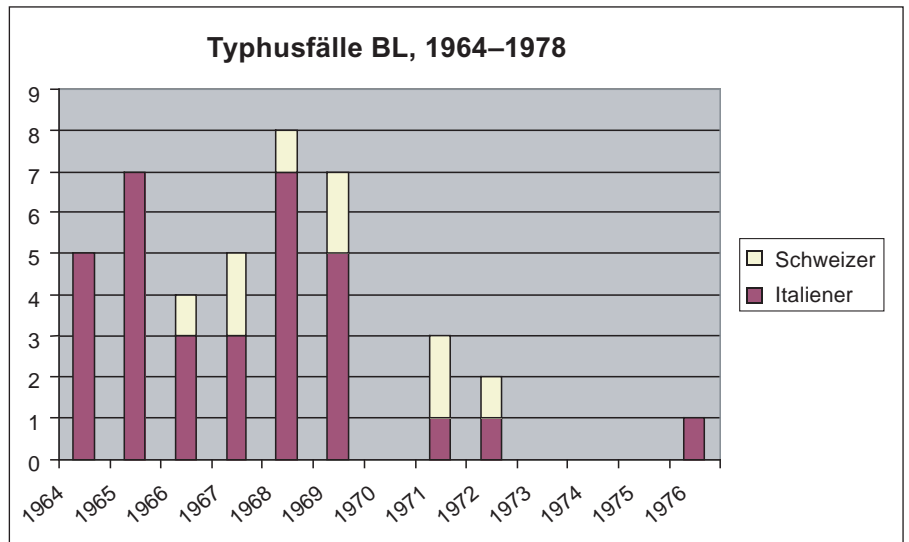
Dr. med. Andrea Grether  
FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Römergasse 23, 4058 Basel  
Tel. 061 683 19 74

# Vom Verschwinden der Typhuspatienten

Dr. med. Dominik Schorr,  
Kantonsspital Baselland, Liestal

Ab und zu fällt mir auf dem Dachboden eine Schachtel in die Hände. Neben Büchern aus der Studentenzeit und Andenken von längst vergessenen Ferienreisen tauchen vergilbte Fotos und Briefe auf und wecken alte Erinnerungen. Meist erfreuliche, denn das andere habe ich zum Glück längst weggeworfen. Dann sitze ich im Halbdunkel und lasse die Gedanken zurückwandern. Die Vergangenheit wird ganz selbstverständlich zur «Guten alten Zeit». Kürzlich ist auch im Büro beim Räumen zuhinterst in einem Hängeregister eine angejahrte Mappe aufgetaucht. Sie enthielt eine Reihe von papierernen Aktenumschlägen, gelb, mit verrosteten Büroklammern. Der erste war angeschrieben mit «Aktennotizen über Typhusfälle; 1964», und der hinterste, dünne hiess «Typhus abdominalis – Fälle (ab 1.5.75? Amtsantritt Wt.). 1975: keine. 1976: inliegend». So etwas kann ich nicht ungelesen dem Staatsarchiv abliefern. Zu spannend sind die Typhusgeschichten in der Public Health, wie jener denkwürdige Typhusausbruch in Lausen von 1872 oder die bekannte Episode von Zermatt 1963 mit 400 Erkrankten und drei Toten.

Die Umschläge enthalten säuberlich getippte Berichte über Typhusfälle im Kan-



ton, zum Teil mit mehreren Durchschlägen oder gar mit Schnapsmatrizen vielfältigt. Die Sanitätsdirektion hatte jeden Fall detailliert abgeklärt und der Sanitätskommission darüber Bericht erstattet. Einen Kantonsarzt gab es noch nicht. Der erwähnte Vermerk auf dem letzten Umschlag verweist auf den Amtsantritt von Liselotte Witschi, der ersten Kantonsärztin. Das Eidgenössische Gesundheitsamt wurde ebenso wie die Abteilung für Sanität des EMD per Kopie orientiert. Meldeformulare waren noch nicht gebräuchlich.

In den 13 Jahren wurden im Kanton 42 Typhusfälle registriert, 36 davon vor 1970. Vier Fünftel der Patienten waren Fremd-

arbeiter aus Süditalien, die kurz vor der Erkrankung aus den Ferien in Lecce oder Bari zurückgekehrt waren. Der markante Rückgang der Inzidenz um 1970 spiegelt wahrscheinlich eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse in diesen Städten wider. Die wenigen erkrankten Schweizer hatten sich oft ebenfalls im Ausland aufgehalten: Italien, Mexiko und Tunesien wurden genannt. Bei einer jungen Frau wurde nur trocken vermerkt, dass ihr Freund Italiener sei.

Das Vorgehen der Direktion blieb in den Jahren unverändert: Bezüglich Sofortmassnahmen wurde nicht der eigentlich zuständige Sanitätsrat angefragt, sondern der Chefarzt des Kantonsspitals Liestal, Dr. Scholer. Dieser empfahl jeweils eine Kontrolle der engen Kontaktpersonen und ermahnte sie zu erhöhter Reinlichkeit. Anschliessend wurde der Sanitätsrat informiert. Er hiess die getroffenen Massnahmen gut. Soweit die Untersuchungen bei Angehörigen dokumentiert sind, verliefen sie immer negativ. Obwohl etliche der erkrankten Personen in Bäckereien, Metzgereien oder Restaurants tätig waren, wurde nie die Schliessung eines dieser Betriebe erwogen. Dr. Scholer liess 1962 sein zurückhaltendes Vorgehen durch einen Bericht überprüfen. Es zeigte sich, dass die Massnahmen genügt hatten. Sekundäre Fälle waren nach der Behandlung des Indexpatienten nie beobachtet worden. Grosse Beachtung wurde den Wohnverhältnissen der Fremdarbeiter geschenkt.



Im Saal des Gasthauses zum Bären in Muttenz um 1921. Foto aus der Fotosammlung Museen Muttenz.

In Einzelfällen unternahm die Direktion eine Inspektion, bei anderen Gelegenheiten liess man sich durch Hausärzte oder Behörden informieren. Die damaligen Verhältnisse sind für uns kaum mehr vorstellbar. Dass sich drei Ehepaare in eine Dreizimmerwohnung teilen, mag angehen. Es gibt aber auch Berichte von einer Baracke mit 60 Personen in einem Schlafraum, dazu nur zwei Toiletten. Oder über das ehemalige Restaurant Bären in Muttenz, in dem 34 Personen wohnten, darunter vier Familien mit Kindern.

Heute tritt Typhus abdominalis selten auf. Alle paar Jahre wird ein eingeschleppter Fall beobachtet. Anfang der 90er Jahre wurde allerdings auf einem landwirtschaftlichen Betrieb in der Region eine Häufung mit vier Personen beobachtet, drei davon hatten sich hier angesteckt. So ganz ist die Spannung also doch nicht weg.



*Gasthaus zum Bären in Muttenz, im Vordergrund der offene Dorfbach um 1907.  
Foto aus der Fotosammlung Museen Muttenz.*



# Neuorganisation des Notfalldienstes in Baselland – Stand der Arbeiten

*Dr. med. F. Rohrer, Dr. med. U. Buess*

In den letzten Jahren führten verschiedene Faktoren zur Erkenntnis, dass der allgemeine Notfalldienst eine tiefgreifende Reorganisation benötigt, als nur kleinere Korrekturen der entsprechenden Reglemente. Der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland hat beschlossen, über den aktuellen Stand der Planung zu informieren, um die Diskussion darüber in Kenntnis der Fakten führen zu können.

## **Ausgangslage: veränderte Ärztedemographie – veränderte Patientenbedürfnisse**

Die Ärztedemographie hat sich in den letzten Jahren erheblich verändert: Durch Spezialisierung, Rückgang der Anzahl Hausärzte bei ansteigendem Durchschnittsalter, vermehrte Teilzeitarbeit, aber auch durch veränderte familiäre Verhältnisse nimmt die Anzahl und Verfügbarkeit der Dienstleistenden im allgemeinen Notfalldienst laufend ab. Demgegenüber nimmt insbesondere in kleinen ländlichen Kreisen die Dienstbelastung andauernd zu. Bereits mussten Kollegen, die das Alter von 55 Jahren überschritten haben, wieder in den Notfalldienst eingeteilt oder finanzielle Anreizsysteme zur Gewinnung von Dienstleistenden eingerichtet werden. Aber auch die Bedürfnisse des Publikums an die Notfallversorgung haben sich gewandelt: Viel häufiger werden die Notfallstationen der Spitäler für Erkrankungen, die abschliessend und effizient vom Hausarzt behandelt werden könnten, aufgesucht, denn Arztkonsultationen sind hier auch nach Feierabend noch problemlos möglich. Bei Verkehrsunfällen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen werden die Rettungsdienste direkt von den Betroffenen oder der Polizei aufgeboden. Gewisse Verletzungen, die früher noch vom Hausarzt alleine versorgt werden konnten, benötigen aufgrund des medizinischen Fortschrittes häufiger spezialärztliche Eingriffe und damit die rund um die Uhr zur Verfügung ste-

hende Spitalinfrastruktur. Folge ist, dass ein Teil des ärztlichen Notfalldienstes, vor allem in spitalnahen Notfallkreisen, kaum mehr ausgelastet wird, die Notfallstationen der Spitäler aber zunehmend beansprucht werden. Zuerst im Ausland, später auch in einzelnen Spitalregionen der Schweiz wurden deshalb spitalnahe oder ans Spital angeschlossene Notfallpraxen eingerichtet.

Der Vorstand der Ärztesgesellschaft Baselland ist entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag daran, eine neue Notfalldienstorganisation vorzubereiten. Ressortchef Dr. med. Urs Buess hat diese Arbeiten in enger Zusammenarbeit mit den Obleuten der Notfalldienstkreise in Angriff genommen. Schon bald zeigte es sich, dass die Einrichtung von Notfallpraxen an den beiden Kantonsspitalern Bruderholz und Liestal sowohl die Bedürfnisse der Bevölkerung und der Ärzte sowie der behördlichen Vorgaben am besten erfüllen könnte. Für die Spitäler entfällt damit die Überlastung der Notfallstationen durch nicht spitalbedürftige Fälle. Die bisherigen Abklärungen zeigen, dass diese Notfallpraxen mit relativ bescheidenem Aufwand in bestehenden Räumlichkeiten eingerichtet werden können. Einzig im Bezirk Laufen wird sehr wahrscheinlich weiterhin der konventionelle Notfalldienst in der Praxis des dienstleistenden Arztes, jedoch unter vermehrter Kooperation mit den benachbarten Thiersteiner Ärzten weitergeführt werden, da diese Region für eine Notfallpraxis zu klein ist.

## **Szenarien für die Neuorganisation**

Der aktuelle Stand der Arbeiten hat folgende mögliche Szenarien ergeben: Die Notfallpraxen in den Spitalern würden nur zu den Zeiten des grössten Ansturms, d.h. wochentags von 17 bis 23 Uhr, an den Wochenenden und Feiertagen, tagsüber entsprechend länger betrieben. Nachtdienst für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in der Notfallpraxis entfällt. Absicht ist, dass der praktizierende Arzt, unterstützt von einer fest angestellten MPA, in der von der Notfall-

station abgetrennten Praxis die **selbstverantwortliche** Betreuung der dafür triagierten Patienten übernimmt, inklusive der Abgabe von Medikamenten. Zu den schwächer frequentierten Zeiten in der Nacht wird diese Aufgabe vom Spitalarzt übernommen. Vorgesehen wäre, dass wie bisher die Medizinische Notrufzentrale MNZ die vorgelagerte telefonische Triage übernimmt. Die Zuteilung der im Spital eintreffenden Patienten zur geeigneten Behandlungsstelle erfolgt durch eine entsprechend ausgebildete erfahrene Pflegefachperson. Für bettlägerige Erkrankte, akute Probleme in Altersheimen oder auch zur Beurteilung von Todesfällen wird weiterhin ein Hintergrunddienst angeboten, der selbstverständlich auch nachts durch uns geleistet werden müsste. Dieser soll jedoch nicht vom Patienten direkt, sondern nur nach telefonischer Abklärung durch die MNZ oder Notfallpraxis im Spital aufgeboden werden können und kommt gemäss Erfahrungen anderer, bereits nach diesem System organisierter Notfalldienste durchschnittlich ein- bis zweimal pro Tag zum Einsatz, allerdings in einem geographisch viel grösseren Gebiet. Vermutlich wird daher der Rettungsdienst vermehrt ohne vorherigen Hausbesuch eingesetzt werden, wenn



die Notwendigkeit einer Hospitalisation bereits aufgrund der telefonischen Angaben klar ist.

Erste Berechnungen haben ergeben, dass für die beiden neu entstehenden Notfallkreise oberes und unteres Baselbiet mit den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz jeweils 60–70 Kolleginnen und Kollegen eingeteilt werden können. Damit würde man – übers Jahr gerechnet – etwa alle drei bis vier Wochen für einen Dienst entweder im Spital oder als Hintergrundarzt eingeteilt werden und auch an Wochenenden jährlich nur etwa einmal im Quartal zum Einsatz kommen. Allerdings muss während des Dienstes im Spital mit einer grösseren Patientenzahl gerechnet werden. Problemfälle können aber vereinfacht mit den im Spital anwesenden Spezialärzten besprochen werden. Trotz dieser Neuorganisation bleibt es natürlich jedem Arzt weiterhin unbenommen, seine Patienten auch ausserhalb der eigenen Sprechstundenzeit in seiner Praxis zu untersuchen oder zu Hause zu besuchen.

#### **Varianten zur Regelung der Zusammenarbeit mit den Spitälern**

Besondere Sorgfalt muss der vertraglichen Regelung der Zusammenarbeit mit den Spitälern gewidmet werden. Aus diesem Grunde ist die überstürzte Einführung dieser Neuregelung zu vermeiden. Grundsätzlich stehen zwei Modelle zur Diskussion, Einerseits könnte die Notfallpraxis von einer privaten, von der Ärzteschaft getragenen Gesellschaft, beispielsweise in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft, getragen werden. Diese würde vom Spital Praxisräumlichkeiten, Personal und weitere Dienstleistungen wie Röntgen, Triagefachperson oder Portier mieten, aber selbständig im Namen des dienstleistenden Arztes mit den Versicherungen abrechnen, die Sozial- und Haftpflichtversicherungen sicherstellen und natürlich die Aufteilung der anfal-

lenden Fixkosten oder von Einnahmen durch Medikamentenabgabe mit den Notfallärzten regeln. Das Funktionieren einer solchen Gesellschaft benötigt einen Verwaltungsrat, einen Geschäftsführer und weiteres administratives Personal. Die Aktionäre müssen das notwendige Kapital zur Verfügung stellen und den Gesellschaftszweck uneingeschränkt umsetzen. Sollte sich das neue Notfallsystem nicht bewähren, müsste diese Gesellschaft liquidiert werden, die entstehenden Verluste fielen zu Lasten der Aktionäre an.

Bei der zweiten Variante würde die Notfallpraxis vom Spital getragen, eingerichtet und amortisiert. Alle Leistungen im Hintergrund wie Administration, Sozial- und Haftpflichtversicherungen werden ebenfalls vom Spital aufgebracht. Die diensttuenden Ärzte würden in diesem System eine vorbestimmte fixe Entschädigung erhalten, deren Höhe noch offen ist und Gegenstand von Verhandlungen sein müsste. Wir stellen uns vor, dass diese Entschädigung eine leistungsabhängige Komponente beinhalten müsste (mehr Patienten = mehr Entschädigung). Zwischen Spital und Ärztesellschaft müssten sämtliche Punkte vertraglich geregelt sein, so dass der einzelne Arzt lediglich eine Anschlussvereinbarung zu unterzeichnen hätte. Bei Nichtbewährung des Systems müsste einzig der Vertrag mit dem Spital gekündigt werden, und der Notfalldienst könnte nach einem anderen System geleistet werden.

Denkbar wäre auch eine Kombination beider Modelle, etwa mit einer gemeinsamen Trägerschaft der Betriebsorganisation durch Spitälern und Ärzteschaft. Derzeit werden die möglichen Varianten genau evaluiert und – wenn die Voraussetzungen erarbeitet sind – mit den Partnern in den beiden Spitälern verhandelt. Die Verträge mit den beiden Kantonsspitalern müssen nicht zwingend genau

## **MEMENTO**

**Herbst-GV Ärztegesellschaft BL:  
Donnerstag, 20.11.2008,  
15.00 Uhr, Hotel Engel Liestal  
u.a. mit Gesamterneuerungswahlen**

den gleichen Inhalt haben, sondern können die lokalen Gegebenheiten berücksichtigen.

#### **Fazit**

Die Notfalldienste sind gesetzlich der Ärztesgesellschaft auferlegte Pflichten. Sie haben damit die Bedürfnisse der Bevölkerung möglichst zweckmässig und wirtschaftlich abzudecken. Die in den letzten Jahren sich durch veränderte Lebensgewohnheiten oder den medizinischen Fortschritt wandelnden Bedürfnisse an den Notfalldienst bedingen eine grundlegende Neuordnung. In Anlehnung an in- und ausländische Vorbilder erweist sich die Einrichtung von Notfallpraxen in räumlicher Nähe zu den grossen Spitälern am ehesten als geeignet, die zukünftigen Anforderungen an den allgemeinen Notfalldienst zu erfüllen. Gleichzeitig ermöglicht dieses Modell eine Antwort auf die als Folge der veränderten Ärztedemographie sich verändernden Bestandesprobleme der Notfallkreise. Aus rechtlichen und wirtschaftlichen Gründen sind eine sorgfältige vertragliche Regelung der Zusammenarbeit mit den Spitälern, insbesondere der Entschädigung, und eine unvoreingenommene Prüfung der für die Notfallpraxis zu wählenden Rechtsform unabdingbar.

# Analysenlistenrevision aus der Sicht des Fachlabors

## Die Revision der Analysenliste gefährdet die dezentrale Versorgung mit Laborleistungen

*Dr. med. Jean-Pierre Rothen, Basel*

### Ausgangslage

Am 11. Juni wurden die interessierten Kreise eingeladen, zur Revision des Anhangs 3 Analysenliste mit Tarif der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung Stellung zu nehmen. Die Anhörungsfrist bis zum 9. Juli war in Anbetracht der Komplexität der Materie äusserst knapp bemessen. Bereits eine erste Einsichtnahme der vorgelegten Beta-Version zeigte viele Fehler, so dass der Laborleiterverband FAMH, aber auch die ärztlichen Verbände, öffentliche Spitäler, kantonale Gesundheitsdirektoren sowie viele weitere Interessensvertreter vehement gegen die Vorlage Stellung nahmen.

Der geeinte und offensichtlich begründete Protest führte zu einer Fristverlängerung bis zum 15. August. Dadurch waren die zeitlichen Rahmenbedingungen eher gegeben, um die Defizite der Vorlage fundiert aufzuzeigen.

### Entwurf zur Revision der Analysenliste

Gegen eine Anpassung des Labortarifs an die aktuellen Gegebenheiten, welche auch neue technische Entwicklungen berücksichtigt, gibt es keine Einwände. Im Prozess der aktuellen Revision wurde jedoch unsorgfältig gehandelt. So wurden Expertenaussagen nicht in ihrer ursprünglichen Form berücksichtigt oder nachträglich verändert. Dies führt zu absurden Tarifiereduktionen. So kostet eine Quickbestimmung nur noch 5 CHF, die Bestimmung des BNP 30 CHF. Der Einzeltest im Einkauf kostet bereits mehr als das fertige Analyseergebnis! Es gibt viele weitere Beispiele für offensichtliche Fehler in der vorliegenden Version. Die substantziellen Diskrepanzen zu den gelieferten Daten sind nicht nachvollziehbar, weil das BAG nicht bereit ist, die zugrundeliegenden Berechnungsgrundlagen transparent zur Verfügung zu stellen.

### Konsequenzen der geplanten Revision

Im Kommentar zum Entwurf wird von 20 bis 25% Einsparungen ausgegangen.

Je nach Struktur des Labors muss jedoch mit noch grösseren Einbussen gerechnet werden. Dass diese Reduktion als moderat dargestellt wird, ist zynisch. Tatsächlich würde der vorgelegte Entwurf der Analysenliste zu grossen finanziellen und qualitativen Einbussen der medizinischen Laboratorien führen. Aufgrund des Preisdruckes könnten Laboratorien nur noch eine Auswahl von wirtschaftlich tragbaren Analysen anbieten. Dies hätte einen massiven Qualitätsverlust für Patientinnen und Patienten zur Folge. Unrentable Analysen wären nur noch mit zusätzlicher Subventionierung oder privat bezahlten Aufpreisen durchführbar. Die vorgesehenen Tarife würden zahlreiche Laboratorien ruinieren, damit viele hochqualifizierte Arbeitsplätze vernichten und die dezentrale Grundversorgung aufs Spiel setzen.

### Kein Einsparungspotenzial

Die Laboranalytik macht 2,8% der Gesundheitskosten aus. Gemessen an ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung ist dies ein kleiner Anteil: 60 bis 80% aller therapeutischen Entscheidungen gehen auf Laborwerte zurück. Durch die geplante Veränderung des Tarifs besteht die Gefahr einer Verschlechterung der Qualität des Gesundheitswesens in der Schweiz. Eine ungenügende Laboranalytik hingegen führt zu massiv steigenden Folgekosten. Vor diesem Hintergrund scheint die Gefährdung der dezentralen Versorgung mit Laborleistungen leichtfertig. Sparübungen in der Laboranalytik widersprechen der Tendenz zu einer evidenzbasierten Medizin. Die wichtigsten Mittel, Evidenz herzustellen, sind objektiv messbare Parameter wie Laboranalysen. Evidenzbasierte Medizin gilt als eines der wichtigsten Mittel, die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen.

Ein Tarif, der in seinen Auswirkungen potenziell so dramatisch ist, darf nicht ohne eine genaue Abklärung der Auswirkungen in Kraft gesetzt werden. Zuerst muss abgeklärt werden, welche Folgen der Tarif für die etablierten funktionie-



renden Strukturen hat. Strukturpolitik muss als solche deklariert werden. Dies erfordert politische Entscheidungen mit den entsprechenden Verantwortlichkeiten. Die volkswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Konsequenzen sind zu evaluieren.

### Vergleich mit Deutschland

Tariffpolitik ist Strukturpolitik. 1998 wurde in Deutschland durch massiv reduzierte Vergütungen ein Strukturwandel vollzogen, der zum Verschwinden des Mittelstandes an Auftragslaboratorien geführt hat. Die Konzentration in immer grösseren Laboratorien hat zu längeren Intervallen zwischen Probennahme und Verfügbarkeit der Resultate geführt. Dies führte zu einem höheren Testvolumen, da mehr Eventualanalysen verordnet wurden, sowie zu einer Verlangsamung der Diagnosestellung. Trotz dieser Strukturveränderungen konnte in Deutschland der Anteil der Laborkosten an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens nicht gesenkt werden, sondern bewegt sich auf gleicher Höhe wie in der Schweiz. Der Blick nach Deutschland erlaubt eine weitere interessante Beobachtung: Durch die Laborreform, die vom 1. Oktober 2008 an stufenweise umgesetzt wird, soll das Präsenzlabor gestärkt werden, indem einzelne Laborleistungen von Hausärzten besser vergütet werden. Es wurden 9 Parameter festgelegt, 3 davon werden bei der Abrechnung aufgewertet: Die D-Di-

mere, der Quickwert und die Glukosebestimmung. In der Schweiz werden Fehler wiederholt, die im Ausland vor Jahren begangen worden sind, aber dort nun erkannt und korrigiert werden.

### Schlussfolgerung

Die Fehler der Beta-Version sind zu korrigieren. Die einzelnen Positionen und Eck-

werte müssen im Detail kontrolliert und validiert werden, damit eine Gamma-Version erarbeitet werden kann. Bevor die Analysenliste glaubwürdig revidiert werden kann, müssen die Absichten politisch dargelegt werden. Zu einem funktionierenden Gesundheitswesen gehören regional tätige Fachlaboratorien ebenso wie die Präsenzdiagnostik im

Praxislabor. Von der Politik wird ein Bekenntnis zu den bewährten kosteneffizienten Strukturen erwartet. Wir sind nicht bereit, die fahrlässige Gefährdung der gewachsenen Strukturen hinzunehmen, sondern setzen uns gemeinsam mit unseren Partnern für eine qualitativ hochstehende, regional verankerte Gesundheitsversorgung ein.

Intern

# Synapse bei den Basler Ärzten beliebt

Kommunikationsbeauftragte der MedGes Basel, Dr. B. Huth, Dr. S. Lingenhel, Dr. P. Kern

Im Zuge einer Evaluation, wie die Kommunikation der Organisation zeitgemäss zu strukturieren sei, hat der Vorstand der MedGes Basel im Herbst 07 eine Online-Befragung unter den Mitgliedern lanciert. Ein Teil der Fragen betraf die Synapse, weil das Interesse der Basler Ärzte für ihre Zeitschrift unklar war. Unter Berücksichtigung der bei solchen Umfragen üblichen geringen Beteiligung fiel das Resultat aber überraschend klar aus. 79% der Antwortenden lesen die Synapse regelmässig oder immer. Derselbe Anteil ist der Meinung, die MedGes BS solle sich an der Synapse weiterhin beteiligen. Ebenso klar ist, dass die Kosten den regulären Mitgliederbeitrag nicht tangieren sollen. Dem wird Rechnung getragen durch intensive Inseratenakquisition durch den Verlag und eine mit der Ärztesgesellschaft Baselland geteilte subsidiäre Defizitgarantie über den MedGes-Sonderfonds Kommunikation.

Zusammenfassend die Resultate der Umfrage bei den MedGes-Mitgliedern bezüglich ihrer Bereitschaft, sich an der Synapse zu beteiligen. Beantwortet haben die Fragen 341 Teilnehmer.

16. Lesen Sie die Synapse?			
		Response Percent	Response Count
immer		38.2%	113
regelmässig		40.9%	121
selten		19.9%	59
nie		1.0%	3
answered question			296
skipped question			53

17. Die Synapse wird bisher hauptsächlich von der AeGBL unter Beteiligung der Medges finanziert. Sind Sie der Meinung, dass sich die Medges auch in Zukunft an der Synapse beteiligen soll?			
		Response Percent	Response Count
ja		79.1%	234
nein		21.0%	62
answered question			296
skipped question			53

19. Es ist denkbar, dass die Aufrechterhaltung der Synapse teurer wird, Wären Sie unter diesen Umständen bereit, mehr Mitgliederbeitrag zu zahlen, um die Synapse zu erhalten?			
		Response Percent	Response Count
ja		29.3%	86
nein		70.8%	208
answered question			294
skipped question			53

# Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand VHBB:  
Dr. med. Christoph Hollenstein

Mit den diversen Stellungnahmen – unseres Wissens sämtliche opponierend – zur geplanten Anpassung der Analysenliste harren die beteiligten Ärztegesellschaften, Labors, Zulieferer etc. nun gespannt aus, wie sich die Obrigkeit (!) definitiv zu entscheiden gedenkt. Die VHBB hat bisher offiziell keine Vorschläge gemacht, wie bei einem «Durchdrücken» der neuen Liste politisch vorzugehen sei; der Vorstand ist aber entschlossen, gegebenenfalls auch radikalere Wege zu beschreiten.

Für regionale bzw. lokale Angelegenheiten hingegen hat sich der Vorstand dafür ausgesprochen, das Prinzip «Perform, but inform» zu verfolgen. Das bedeutet, dass es durchaus möglich ist, dass die VHBB standespolitisch auch eigene Wege beschreitet. Andere Standesorganisationen, welche sich für unser Vorge-

hen interessieren könnten (evtl., weil sie dieselben Probleme haben wie wir), sollen aber frühzeitig informiert werden.

Für die zu schaffende Sekretariatsstelle ist ein Pflichtenheft und ein provisorisches Budget erstellt worden. Obschon der Arbeitsaufwand in Stellenprozenten bescheiden ausfallen dürfte, stellt das künftige Sekretariat eine wichtige Entlastung für den Vorstand dar, welches ihm ermöglicht, sich vermehrt der Projektarbeit, taktischen Tätigkeiten, der Vernetzungsarbeit und anderen «Kerngeschäften» zuzuwenden.

In den Arbeitsgruppen «Notfalldienst» herrscht ein konstruktives Klima. Es ist denn auch einiges ins Rollen gekommen. Dies sowohl in Basel-Stadt wie auch in der Landschaft, wo vor allem die Ärztegesellschaft BL Verhandlungspartnerin der Spitäler ist.

Für nächstes Jahr diskutiert der Vorstand, einen VHBB-Fortbildungsanlass in den WONCA-Kongress in Basel zu inte-

grieren, wenn möglich im Workshop-Stil. Ob und wie dies möglich sein wird, ist zurzeit Gegenstand von Abklärungen.

An dieser Stelle möchten wir die Kolleginnen und Kollegen dafür begeistern, am WONCA-Kongress 2009 in Basel teilzunehmen – eine einmalige Gelegenheit, den Kopf über den Zaun zu strecken und sich mit Problemen, Richtlinien etc. des übrigen europäischen Kollegiums auseinanderzusetzen!

Der Vorstand hat bereits vor einigen Monaten beim Ehrenrat ein Verfahren gegen den ärztlichen Leiter einer grösseren Telemedizin-Organisation initiiert. Es ging um die Aussage in der Tagespresse, die Telemedizin sei unter Umständen qualitativ besser als die Medizin, welche von Hausärzten betrieben werde. Der Ehrenrat hat nun entschieden und uns Klägern auf der ganzen Linie Recht gegeben. Der Angeklagte wurde gebüsst und zur Übernahme der Verfahrenskosten verpflichtet.

## Impressum

### Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse  
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2  
CH-4415 Lausen, synapse@emh.ch

### Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Franz Rohrer (Chefredaktor),  
Facharzt für Innere Medizin FMH

Dr. med. Tobias Eichenberger,  
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Beatrice Huth,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin FMH

Dr. med. Ch. Itin, Facharzt für Allgemein-  
medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie FMH

Dr. med. Sabine Lingenhel,  
Fachärztin für Innere Medizin FMH

Dr. med. Benjamin Pia, Facharzt für  
Psychiatrie und Psychotherapie FMH

Dr. med. Alexandra Prünthe,  
Fachärztin für Ophthalmologie  
und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,  
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet  
[www.aerzte-bl.ch](http://www.aerzte-bl.ch)

### Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. +41 (0)61 467 85 55, Fax +41 (0)61 467 85 56  
E-Mail: [verlag@emh.ch](mailto:verlag@emh.ch)  
[www.emh.ch](http://www.emh.ch)

### Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

### Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

### Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

### Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Ariane Furrer  
Assistentin Inserateregie  
Farnsburgerstrasse 8  
CH-4132 Muttenz  
Tel. +41 (0)61 467 85 88, Fax +41 (0)61 467 85 56  
[afurrer@emh.ch](mailto:afurrer@emh.ch)



### Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt  
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach  
Tel. +41 (0)61 976 98 08, Fax +41 (0)61 976 98 01  
E-Mail: [fschwab@hin.ch](mailto:fschwab@hin.ch)



### Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald  
Marktgasse 5, CH-4051 Basel  
Tel. +41 (0)61 560 15 15, Fax +41 (0)61 560 15 16  
E-Mail: [info@medges.ch](mailto:info@medges.ch)

**Einträge von Veranstaltungen im Fortbildungskalender: Veranstaltungen bitte mit Angabe von Datum, Zeit, Ort, Referenten, Thema und Veranstalter frühzeitig bei Dr. med. Ch. Itin (E-Mail: [christoph.itin@hin.ch](mailto:christoph.itin@hin.ch)) anmelden.**

**Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 26. September 2008**