

Synapse

<http://www.aerzte-bl.ch>
<http://www.medges.ch>

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft **Baselland**
und der Medizinischen Gesellschaft **Basel**



Leitartikel

Ärztetzwerke und freie Arztwahl – ein falscher Gegensatz!

Die Gesundheitskommission des Ständerates will die freie Arztwahl drastisch verteuern.

Dr. med. Rudolf Balmer, Facharzt FMH Psychiatrie / Psychotherapie

Stimmbürger sagen Ja zur freien Arztwahl

Am 1. Juni 2008 verwarfen die Schweizer Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern in einer Abstimmung einen gesundheitspolitischen Verfassungsartikel. Im Bereich der ambulanten Medizin standen die Verträge der Ärzte mit den Kassen und damit die freie Arztwahl auf dem Spiel. Eine deutliche Mehrheit entschied sich gegen die Vorlage und damit für die freie Arztwahl. Wenige Wochen später lancierte die Gesund-

→ Fortsetzung Seite 3

Editorial

Fortbildung ist Freiheit und Verantwortung

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Die Ärztin oder der Arzt in der Praxis gilt immer noch als «freier Beruf». Zu Recht nimmt bei der Ausgestaltung der Fortbildungsordnung die Selbstverantwortung des einzelnen Arztes einen zentralen Platz ein. In unserem Verständnis heisst dies freie Wahl der Fortbildungsinhalte, der Form (z. B. Qualitätszirkel oder Kongresse) und des Veranstalters (Fachgesellschaften, Universitä-

ten oder kommerzielle Anbieter von Medizintechnik, Hilfsmitteln oder Medikamenten). Aufgrund unserer Berufserfahrung gelingt es wohl den meisten Ärztinnen und Ärzten, eine ausgewogene, ihren Bedürfnissen entsprechende Fortbildung zu erreichen. Diese Pflicht erfüllten wir aber bereits ohne Fortbildungsordnung nicht nur zu unserem eigenen Wohl, sondern zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten. Kennen wir deren Bedürfnisse an unsere Fortbildung? Sind etwa die Gesundheits-sendungen am Fernsehen das jeweilige «benchmark»? Wichtiger scheint mir das Erkennen von Wissenslücken

in unserer täglichen Arbeit. Beim Erkennen von Wissenslücken können verschiedene Wege – vom informellen Gespräch in der Kongresspause über den strukturierten Qualitätszirkel bis zu E-Health-Programmen – zum Ziel führen. Von Bedeutung ist es, dass wir eine Fortbildungskultur erhalten, die unsere Verantwortung für die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten sichtbar macht. Nur damit werden wir unsere Freiheit zur Gestaltung der Fortbildung gegenüber staatlichen Regulatoren, die sich zum Hüter der angeblichen Patienteninteressen aufschwingen, erhalten.

Aus dem Inhalt

- Palliative Care: ein Gebot der Ethik 5
- Wie ernähren sich Teenager heute? – Ergebnisse der Jugendgesundheitsbefragung 2008 Basel-Stadt 7
- Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte 10



*Frohe Festtage und die besten Wünsche zum neuen Jahr.
Ihre Synapse-Redaktion*

heitskommission des Ständerates eine neue Marschrichtung in der Krankenversicherung. Die Versicherung soll zwei Modelle anbieten: ein Modell für Ärztenetzwerke und eines mit freier Arztwahl, dieses aber mit höheren Prämien und höheren Selbstbehalten (in der Diskussion sind 20%). Innerhalb weniger Wochen nach der Abstimmung präsentierte diese Kommission, in der Lobbyisten der Versicherungen besonders gut vertreten sind, somit Vorstellungen, welche wesentliche Teile des Volksentscheides wieder aufheben sollen.

Unlauteres Ansinnen der Gesundheitskommission des Ständerates

Unter dem Titel der Ärztenetzwerke figurieren nun ganz verschiedene Modelle mehr oder weniger enger fachlicher und finanzieller Zusammenarbeit sowie vertraglicher Anbindung an die Versicherungen. Diesen Vorstellungen ist gemeinsam, dass das ambulante medizinische Angebot effizienter und kostengünstiger sei, wenn die freie Arztwahl eingeschränkt werde. Aus einem anderen Blickwinkel könnte man auch folgern, dass die Versicherungen gewillt sind, das von den Schweizer Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern mit starker Mehrheit verteidigte spezielle Gut der freien Arztwahl besonders teuer zu verkaufen. Abgesehen davon, dass erst noch schlüssig bewiesen werden muss, dass Netzwerke tatsächlich kostengünstiger sind, schürt die vorgeschlagene Regelung deutlich die Zweiklassen-Medizin.

Will man am Ziel einer sozialen und qualitativ guten medizinischen Versorgung festhalten, erkennt man im Gegeneinanderstellen von Ärztenetzwerken und freier Arztwahl einen falschen Gegensatz. Ich möchte dies anhand des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie erläutern; prinzipiell gilt dies auch für alle andern Fachgebiete der Medizin.

Vorteile der Netzwerke

Für Ärztenetzwerke spricht, dass in der modernen Medizin ein multidisziplinärer Zugang notwendig ist. Der Patient selbst befindet sich in einem Netzwerk verschiedenster Berufsleute und Ärzten

unterschiedlicher Spezialisierung, besonders wenn er von chronischen Leiden betroffen ist. Diese ärztlichen Fachpersonen müssen fortwährend kommunizieren bzw. zusammenarbeiten. Eine koordinierende Funktion kommt meistens dem Hausarzt zu, was Sinn macht, weil die engsten Behandlungsbeziehungen immer wieder wechseln können. Manchmal kann jedoch auch ein bestimmter Facharzt die wichtigste ärztliche Bezugsperson sein, manchmal die Spitex, Physiotherapeutinnen oder Sozialarbeiter. Mit andern Worten: in der modernen Medizin ist die duale Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr die einzige und konstante Bezugsform für den Patienten.

Ärztenetzwerke in der Psychiatrie

In der Psychiatrie, namentlich für chronisch Kranke, gelten ähnliche Überlegungen, allerdings mit dem Vorbehalt, dass die Kommunikation unter den ärztlichen Fachpersonen sehr sorgfältig abgewogen und immer klar mit dem Patienten abgesprochen werden muss. Ein zu enges Netz bedrängt manche ängstliche Patienten, treibt sie aus der wohlgemeinten Zusammenarbeit hinaus und kann gar antitherapeutisch wirken.

Ärztenetzwerke sind in der Psychiatrie namentlich für die Früherfassung psychischer Krankheiten hilfreich. Menschen mit beginnenden Psychosen, Depressionen und psychosomatischen Störungen suchen als ersten Kontakt meistens einen somatisch orientierten Arzt auf, meistens Notfallstationen oder Hausärzte. Geschulte Somatiker, die systematisch mit Psychiatern kooperieren, haben hier eine wichtige Aufgabe. Auch in der Betreuung von chronisch Kranken ist eine enge Kooperation sinnvoll; oft ist es in solchen Situationen aber angezeigt, dass der Psychiater eine koordinierende Funktion übernimmt.

Notwendigkeit der freien Arztwahl

Zu diesen Überlegungen gibt es aber noch entscheidende andere Sichtweisen. In bestimmten psychischen Problemsituationen (z.B. Abhängigkeiten von Familienangehörigen oder bei stark schambelasteten oder ängstlich-paranoiden Problemen) können sich Menschen ver-

hindert fühlen, den zuständigen Gatekeeper eines Ärztenetzwerkes aufzusuchen, bei dem er wegen körperlicher Probleme oder bei dem schon seine ganze Familie in Behandlung ist. Für solche Situationen ist ein direkter Zugang zu einem Psychiater-Psychotherapeuten der Wahl innerhalb oder ausserhalb des Netzwerkes notwendig. Allfällige Formalitäten wie Überweisungen und Berichte sollten im Nachhinein geregelt werden können.

Grundsätzlich sollen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen die Autonomie der Patienten auf allen Stufen fördern. Dazu gehören auch das möglichst selbständige Aufsuchen einer Behandlung und die Wahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson, denn eine entsprechende Behandlung kann nicht einfach wie eine technische Untersuchung «überwiesen» werden. Der erste selbst motivierte Schritt ist zumeist der entscheidende für das Gelingen einer Behandlung. Die Psychotherapieforschung hat ergeben, dass dort die effektivsten Behandlungsergebnisse erzielt werden, wo die «Passung» zwischen Psychiater und Patient am stärksten ist. Diese «Passung» umfasst verschiedene eher technische Fragen (z.B. ob der Psychiater über jene Behandlungsmethode verfügt, welche für die Krankheit des Patienten angemessen ist), entscheidend ist aber das Zustandekommen der therapeutischen Beziehung und diese beruht auf der freien Wahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson.

Gesundheitspolitiker sollten sich auf die Stärken bestehender informeller Netzwerke im heutigen, von den Schweizer Stimmbürgerinnen und Stimmbürgern mit starker Mehrheit verteidigten System der freien Arztwahl besinnen und Modelle entwickeln, welche nicht ein «Entweder-oder», sondern ein «Sowohl-als-auch» beinhalten.

*Dr. med. Rudolf Balmer
Facharzt FMH Psychiatrie / Psychotherapie
Martinsgasse 6
4051 Basel
rudolf.balmer@magnet.ch*

Palliative Care: ein Gebot der Ethik

Dr. med. Hermann Amstad, Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Basel

Eine Karikatur von ANNA zeigt einen älteren Arzt, der zu einem anderen sagt: «Ich bin jetzt pensioniert, jetzt interessiere ich mich für Ethik.» Gelegentlich heisst es auch von den Ärzten, die einzige Ethik, für welche sie sich interessieren, sei die «Monetik». Stimmt dieses Zerrbild?

Ärztinnen und Ärzte in der Praxis nehmen für sich zu Recht in Anspruch, dass sie nicht Ethik studiert haben müssen, um ihre Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu behandeln. Das hohe Ansehen, das die Ärzteschaft immer noch genießt, zeigt auch, dass die Bevölkerung diese Ansicht teilt. Man spricht vom «Ärzteethos», das seit Jahrhunderten Bestand hat und das (von wenigen, schlimmen Ausnahmen abgesehen) die Ärzte bei ihrer täglichen Arbeit geleitet hat und leitet.

Das Ärzteethos gelangt an seine Grenzen

Allerdings haben die Fortschritte der Medizin in den letzten fünfzig Jahren dazu geführt, dass Ärzte immer wieder mit

schwierigen Entscheiden konfrontiert sind, die sich so früher nie gestellt haben: Ab welchem Zeitpunkt dürfen einem Menschen Organe zur Transplantation entnommen werden? Wie lange sollen bei einem alten Menschen intensivmedizinische Massnahmen durchgeführt werden? Darf eine geistig behinderte Frau sterilisiert werden, um so eine Schwangerschaft zu verhindern? Es geht in diesen Situationen darum, verschiedene Werte gegeneinander abzuwägen: Fürsorge, Nicht-Schaden, Autonomie und Gerechtigkeit. Es sind dies jene grundlegenden Prinzipien, die das ärztliche Handeln seit jeher leiten, die aber in den beschriebenen Situationen nicht immer miteinander vereinbar sind. Dies kann dazu führen, dass sich ein Arzt in einem ethischen Dilemma befindet und unsicher ist, wie er sich entscheiden soll.

1969 hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstmals medizinisch-ethische Richtlinien veröffentlicht, welche in diesen und ähnlichen Situationen Orientierungshilfe bieten sollten. Diese Richtlinien stiessen in der Ärzteschaft auf grosse Resonanz und fanden breite Zustimmung.

Nachdem die SAMW in den letzten Jahren vermehrt auch Richtlinien zu Berei-

chen veröffentlicht hat, bei denen das ethische Dilemma nicht offensichtlich ist, so z.B. «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen», «Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung» oder «Palliative Care», wurde gelegentlich auch Skepsis laut gegenüber einer möglichen «Richtlinien-Inflation». Die SAMW nimmt diese Bedenken durchaus Ernst; am Beispiel des Themas «Sterbehilfe» und den Richtlinien «Palliative Care» soll nachfolgend gezeigt werden, dass und wie sich die verschiedenen Richtlinien gegenseitig ergänzen.

Sterbehilfe – ein ethisches Dilemma

Einem dem Ende seines Lebens zugehenden Menschen beim Sterben zu helfen, ist eine selbstverständliche, wenn auch schwierige Pflicht von Ärzten und Pflegenden. Heute wird aber mit dem Begriff Sterbehilfe auch anderes gemeint, nämlich Hilfe zum Sterben, das heisst, den Sterbeprozess beschleunigen, um Leiden zu verkürzen oder gar auszuschalten, wenn der Sterbende dies nicht mehr aushält. Jeder soll «menschenwürdig sterben» können und bis zu seiner letzten Stunde das Recht auf Selbstbestimmung beanspruchen dürfen. Der einzelne Arzt ist gefordert, in diesen

Formen medizinischer Entscheidungen am Lebensende und deren rechtliche Einordnung

Medizinische Entscheidungen am Lebensende	Todesart	Rechtlicher Status	Meldepflicht an die Strafuntersuchungsbehörden
Behandlungsverzicht und -abbruch in Übereinstimmung mit dem (mutmasslichen) Willen des Patienten (passive Sterbehilfe)	natürlicher Todesfall	legal	nein
Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung (indirekte aktive Sterbehilfe)	natürlicher Todesfall	legal	nein
Beihilfe zum Suizid	nicht-natürlicher Todesfall	Legal, falls keine eigennützigen Motive des Sterbehelfers: Art. 115 StGB	ja
Aktive Sterbehilfe auf Verlangen	nicht-natürlicher Todesfall	illegal: Art. 114 StGB	ja
Aktive Lebensbeendigung ohne ausdrückliches Verlangen	nicht-natürlicher Todesfall	illegal, z.B. Art. 111 StGB und 113 StGB	ja

Quelle: Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. SAMW/FMH 2008.

schwierigen Situationen einen Entschluss zu fällen.

Unter «medizinischen Entscheidungen am Lebensende» versteht man sämtliche Handlungen und Unterlassungen, die möglicherweise oder sicher die Lebensspanne eines schwerstkranken Menschen verkürzen bzw. dessen Tod herbeiführen. Häufig spricht man in diesem Zusammenhang von «Sterbehilfe», wobei in den letzten Jahren eine Tendenz zu beobachten war, diesen Begriff zunehmend in eingeeengter Bedeutung als Überbegriff für Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe auf Verlangen zu verwenden. Einen Überblick über die verschiedenen Formen der medizinischen Entscheidungen am Lebensende gibt die nachstehende Tabelle.

Das Thema «Sterbehilfe» beschäftigt die SAMW schon seit langem; gleichzeitig haben sich die darin angesprochenen Problembereiche verändert. Am Beginn der Diskussion vor rund 30 Jahren stand das «acharnement thérapeutique» bzw. der «therapeutische Übereifer». Die Medizin stand im Ruf, mit allen Mitteln gegen den Tod zu kämpfen – auch dann noch, wenn dieser Kampf nur noch eine Verlängerung des Sterbens bedeutete. Es war ein schmerzlicher Moment für die Ärzte, als sie realisierten, dass sie in ihrem Bemühen, Gutes zu tun – nämlich Leben zu retten –, Schaden anrichteten und dies häufig auch gegen den Willen des betroffenen Patienten. Vor diesem Hintergrund erschienen 1976 die ersten Richtlinien der SAMW zur Sterbehilfe. Diese hielten unter anderem Folgendes fest:

Beim Sterbenden, auf den Tod Kranken oder lebensgefährlich Verletzten

- bei dem das Grundleiden mit infauster Prognose einen irreversiblen Verlauf genommen hat und
- der kein bewusstes und umweltbezogenes Leben mit eigener Persönlichkeitsgestaltung wird führen können

lindert der Arzt die Beschwerden. Er ist aber nicht verpflichtet, alle der Lebensverlängerung dienenden therapeutischen Möglichkeiten einzusetzen.

Und weiter:

Der Arzt bemüht sich, seinem auf den Tod kranken, lebensgefährlich verletzten oder sterbenden Patienten, mit dem ein Kontakt möglich ist, auch menschlich beizustehen.

Schon 1976 war also die Tatsache, dass bei der Sterbebegleitung der «menschli-

che Beistand» von Bedeutung ist, einen Hinweis wert. Trotz dieser Richtlinien verstummte die Diskussion um die Sterbehilfe aber nicht, und die SAMW überarbeitete die Richtlinien in regelmäßigen Abständen, nämlich 1981, 1995 und 2005. Es war offensichtlich, dass die Ängste der Menschen vor dem Sterben nicht geringer geworden waren, sondern eher noch zugenommen hatten – und dies, obwohl der «therapeutische Übereifer» am Lebensende schon lange kein Thema mehr war. Die SAMW sah sich deshalb 2006 veranlasst, auf diese Ängste mit den Richtlinien «Palliative Care» zu reagieren. «Sterbehilfe» als ethisches Dilemma erforderte eine neue Herangehensweise.

Richtlinien «Palliative Care»: die notwendige Ergänzung

Es ist offensichtlich, dass die fortschreitende Spezialisierung der Medizin teilweise eine fragmentierte Sicht- und Behandlungsweise mit sich gebracht hat; diese läuft Gefahr, den Patienten, seine Lebensqualität und sein Leiden aus den Augen zu verlieren. Lebensqualität kann nicht primär medizinisch definiert werden, sondern ist im lebensgeschichtlichen Kontext zu verstehen; das heisst, die Sicht des Patienten ist entscheidend. Mit einem Ansatz, welcher neben körperlichen Symptomen auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte ernst nimmt, strebt Palliative Care an, Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten während des Krankheitsverlaufes bis zum Tod eine möglichst gute Lebensqualität zu ermöglichen (vgl. Kasten).

Die 2006 veröffentlichten SAMW-Richtlinien «Palliative Care» halten fest, dass Patienten in der letzten Lebensphase ein Anrecht auf palliative Betreuung haben. Diese umfasst alle medizinischen und pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerliche Unterstützung von Patienten und Angehörigen, welche darauf abzielen, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Patienten zu gewährleisten. Eine zentrale Aufgabe des Betreuungsteams besteht in einer wirksamen Symptomtherapie. Dazu gehören auch das Eingehen auf Nöte sowie die Verfügbarkeit und die Begleitung für den Patienten und seine Angehörigen. Alle potentiell hilfreichen technischen und

personellen Ressourcen (z.B. Fachpersonen für psychische, soziale und seelsorgerliche Begleitung) sollen bei Bedarf zugezogen werden. Palliative Betreuung soll frühzeitig und überall angeboten werden, wo der Patient sich aufhält.

Der Arzt ist verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung (Verkürzung oder Verlängerung) der Lebensdauer führen sollte. Angesichts des Sterbeprozesses kann der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt oder geboten sein. Bei der Entscheidungsfindung spielen Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie eine Rolle.

Hier schliesst sich der Kreis: Die Richtlinien «Palliative Care» sollen dazu beitragen, die «Sterbebegleitung» zu verbessern und damit den Wunsch nach «Sterbehilfe» zu vermindern. Insofern sie so den einzelnen Arzt vor einem ethischen Dilemma bewahren, sind die Richtlinien «Palliative Care» genauso wichtig und berechtigt wie die übrigen Richtlinien der SAMW, und sie haben die gleiche Funktion: Sie sind bewusst gestaltetes, in Worte gefasstes ärztliches Ethos, und helfen dem Arzt bzw. der Ärztin, auch auf neue und schwierige Situationen «nach bestem Wissen und Gewissen» zu reagieren.

Palliative Care:

- respektiert das Leben und seine Endlichkeit;
- achtet die Würde und Autonomie des Patienten und stellt seine Prioritäten in den Mittelpunkt;
- wird unabhängig vom Lebensalter jedem Patienten angeboten, der an einer unheilbar fortschreitenden Krankheit leidet;
- strebt die optimale Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst oder Verwirrung an;
- ermöglicht auch rehabilitative, diagnostische und therapeutische Massnahmen, die zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Wie ernähren sich Teenager heute? – Ergebnisse der Jugendgesundheitsbefragung 2008 Basel-Stadt

Christina Karpf M. Sc.,
Dr. med. Thomas Steffen, MPH
Abteilung Gesundheitsförderung und
Prävention, Gesundheitsdepartement
Basel-Stadt

Die Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt veröffentlichte kürzlich den Jugendgesundheitsbericht 2008 zum Ernährungsverhalten von Jugendlichen im Kanton Basel-Stadt. Basierend auf dieser repräsentativen Befragung von 1341 Jugendlichen im Schuljahr 2006/07 wurden die Ernährungsgewohnheiten von Jugendlichen analysiert. Die nun vorliegenden Resultate helfen der gezielten Prävention im Jugendbereich.

Dass Übergewicht bei Basler Jugendlichen ein Problem darstellt, ist keine neue Erkenntnis. Die alljährlichen veröffentlichten schulärztlichen Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes zeigten dies auch im Schuljahr 2006/07 wieder. Rund 23% der 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler sind übergewichtig. Eine zusätzlich durchgeführte Befragung der 9.-Klässler/-innen erbrachte aber durchaus auch erfreulichere Ergebnisse. So erachten 80% der Jugendlichen das Thema Ernährung als wichtig oder sogar sehr wichtig. Positiv ist auch, dass 89% aller Jugendlichen zumindest einmal täglich am Familientisch essen. **Präventionsbedarf** zeigt sich aber beispielsweise beim Früchte- und Gemüsekonsum. So essen nur 45% der befragten Jugendlichen täglich Früchte und Gemüse. Auffällig ist ferner, dass 45% der Jugendlichen täglich Süssgetränke trinken, dabei zeigen sich deutliche soziokulturelle Unterschiede (Tabelle 1). Dabei trinken Jugendliche, welche mehrmals wöchentlich Fastfood (Hamburger, Pizza, Döner etc.) konsumieren,



bedeutend öfters Süssgetränke und essen zudem weniger Früchte und Gemüse. Als auffällig stellten sich auch die **Geschlechtsunterschiede** heraus. So fiel im Allgemeinen bei der Untersuchung auf, dass sich Mädchen gesünder ernähren als Jungen, öfters aber Mahlzeiten ganz ausfallen lassen. Für die Präventionsarbeit von Bedeutung ist dabei vor allem auch der starke Unterschied bei der Körperwahrnehmung zwischen den Geschlechtern. Besonders viele normalgewichtige Mädchen finden sich zu dick und möchten abnehmen (Tabelle 2). Neben dem eigentlichen Ernährungsverhalten wurde in der Befragung auch ein Augenmerk auf **das Kaufverhalten** der Jugendlichen gelegt. Dies um zu analysieren, ob der Anteil von Fast Food und Süssigkeiten im «Einkaufskorb» der Jugendlichen variiert, je nachdem wie viel



perwahrnehmung zwischen den Geschlechtern. Besonders viele normalgewichtige Mädchen finden sich zu dick und möchten abnehmen (Tabelle 2).

Neben dem eigentlichen Ernährungsverhalten wurde in der Befragung auch ein Augenmerk auf **das Kaufverhalten** der Jugendlichen gelegt. Dies um zu analysieren, ob der Anteil von Fast Food und Süssigkeiten im «Einkaufskorb» der Jugendlichen variiert, je nachdem wie viel

perwahrnehmung zwischen den Geschlechtern. Besonders viele normalgewichtige Mädchen finden sich zu dick und möchten abnehmen (Tabelle 2). Neben dem eigentlichen Ernährungsverhalten wurde in der Befragung auch ein Augenmerk auf **das Kaufverhalten** der Jugendlichen gelegt. Dies um zu analysieren, ob der Anteil von Fast Food und Süssigkeiten im «Einkaufskorb» der Jugendlichen variiert, je nachdem wie viel

Tabelle 1
Täglicher Süssgetränkekonsum nach Geschlecht, Nationalität und Schule

Weiblich	Männlich	CH	Nicht-CH	WBS	Gym
39%	52%	38%	57%	53%	28%

Tabelle 2
Körperempfinden nach Geschlecht bei normalgewichtigen Schülerinnen und Schülern

	Weiblich	Männlich
Zu dünn	2%	2%
Etwas dünn	8%	18%
Gerade richtig	46%	65%
Etwas zu dick	40%	14%
Zu dick	4%	1%



Geld ihnen zur Verfügung steht. Es zeigte sich dabei, dass Jugendliche, welche mehr Taschengeld erhalten, nicht nur öfters ihr Geld in Fast Food investieren, sondern dieses auch häufiger konsumieren. So essen 38 Prozent der Jugendlichen mit einem monatlichen Taschengeld über CHF 100.– mehrmals wöchentlich Fast Food. Von den Jugendlichen, welche weniger als CHF 25.– Taschengeld monatlich erhalten, konsumieren dagegen nur 23 Prozent mehrmals wöchentlich Fast Food. Beim Süssigkeitenkonsum zeigt sich interessanterweise die gleiche Abhängigkeit nicht.

Die genauen Zusammenhänge dieser Resultate sind noch zu klären. Hat die Summe des Taschengeldes einen Einfluss auf das Kaufverhalten der Jugendlichen oder sind es andere Faktoren, welche zu diesem Resultat geführt haben? Der Schluss liegt zumindest nahe, dass Jugendliche Fast Food grossen Teils in Eigenregie konsumieren und es nicht von den Eltern zu Hause angeboten wird. Dieser Hintergrund unterstützt die These, dass das gemeinsame Essen mit den Eltern einen wichtigen Faktor bei der Ernährungserziehung der Jugend-

lichen darstellt. Da jedoch die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten nicht immer möglich ist, müssen Überlegungen angestellt werden, wie die Bereitschaft der Jugendlichen, das eigene Taschengeld für Fast-Food-Produkte auszugeben, gesenkt werden kann. Wichtig ist in diesem Zusammenhang sicherlich der Aufbau eines gesunden und preiswerten Verpflegungsangebots, welches in die Schulhäuser integriert werden muss. Bedenkenswert wäre dabei auch die Option, dass die Eltern das Ernährungsverhalten der Jugendlichen über die Abgabe von Essensbons steuern, anstatt ihnen Essensgeld zur Verfügung zu stellen.

Verschiedene, weitere Schlussfolgerungen können aus der aktuellen Befragung der 9.-Klässler/-innen für die Präventionsarbeit abgeleitet werden. Erstens ist davon auszugehen, dass sich präventive Interventionen bei Jugendlichen lohnen, denn wie die Befragung gezeigt hat, erachten die meisten von ihnen das Thema als wichtig, zudem möchte ein grosser Teil der übergewichtigen Schülerinnen und Schüler ihr Gewicht reduzieren. Ein besonderes Augenmerk ist auf Jugendliche mit Migrationshintergrund zu legen. Ausserdem muss weiterverfolgt werden, dass sich Schüler/-innen der WBS ungesünder ernähren als Schüler/-innen aus Gymnasien.

Konkrete Interventionen drängen sich insbesondere bezüglich des Süssgetränke- und des Fast-Food-Konsums auf.

Obwohl Letzteres von zwei Dritteln der Jugendlichen nur selten konsumiert wird, scheint gerade beim übrigen Drittel der Fast-Food-Konsum mit einem allgemein eher ungesunden Ernährungsverhalten stark in Verbindung zu stehen. Beachtung ist aber auch der Tatsache zu schenken, dass nicht nur Übergewicht sondern auch **Untergewicht** ein Problemthema darstellt. Gerade junge Frauen eifern oft dem gängigen Schönheitsideal des eher untergewichtigen und durchtrainierten Körpers nach und versuchen daher ihr Gewicht zu reduzieren. Deswegen müssen Präventionsbotschaften noch differenzierter werden und primär die gesunde Ernährung und weniger das Problem von Übergewicht in den Vordergrund gestellt werden.

Insgesamt bieten die Resultate eine gute Grundlage für die Planung der zukünftigen Präventionsarbeit im Jugendbereich.

Weitere Information:

Abt. Gesundheitsförderung & Prävention

M. Sc. Christina Karpf

St. Alban-Vorstadt 19

4052 Basel

E-Mail: Christina.Karpf@bs.ch

Der Jugendgesundheitsbericht 2008 kann auf www.gesundheitsfoerderung.bs.ch heruntergeladen oder über g-p@bs.ch bestellt werden.



Die Seite der Hausärztinnen und Hausärzte

Für den Vorstand VHBB:
Dr. med. Christoph Hollenstein
www.vhbb.net

Die geplante, für unsere Praxislaboratorien ruinöse Revision der Analysenliste wird vorderhand nicht realisiert. Verhandlungen sollen keine geführt werden, dafür Gespräche mit allen Beteiligten. Obwohl nicht nur Hausärzte opponiert haben, lässt sich schön demonstrieren, dass unüberlegte Hüftschüsse aus dem Departement Couchepin ausser viel Papier nur Ratlosigkeit bei den Schützen zurücklassen. Wir sind dennoch zuversichtlich, dass die Obrigkeit ein gewisses Lernpotenzial aufweist und sich bei künftigen Entscheiden im Vornherein auf die entscheidende Rolle der Grundversorger besinnen wird. In diesem Zusammenhang danken wir allen KollegInnen, welche an der Briefaktion mitgemacht oder sich Zeit genommen haben, ihre Patienten sonstwie auf die Problematik des BAG-Ansinnens aufmerksam zu machen! Vereinzelt wird unseren Standesvertre-

tern vorgehalten, bezüglich Reorganisation des Notfalldienstes bzw. der Notfallstationen Liestal und Bruderholz ähnlich vorzugehen wie die Bundesstellen beim Labor. Dazu ist festzustellen, dass hier keineswegs «von oben herab» Tatsachen geschaffen werden sollen. Vielmehr geht es hier darum, gemeinsame Probleme/Interessen von uns Dienstleistenden und den erwähnten Spitälern zu sondieren, und entsprechende Lösungsmöglichkeiten auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen. Nichts ist beschlossen, alles ist offen, und konstruktive Diskussionsbeiträge sind von allen Beteiligten gefragt!

Ein vordringliches Projekt der VHBB ist die Vervollständigung der Mitgliederliste, was gerade auch im Hinblick auf die geplante Gründung des Hausärzte-Dachverbandes an der Jahresversammlung der WONCA 2009 – ein fester Termin in der Agenda eines jeden Hausarztes – in Basel wichtig ist. Die Zusammenarbeit der VHBB mit den niedergelassenen Pädiatern soll in nächster Zeit geklärt werden.

Der Fortbildungsanlass auf Bad Schauenburg, welcher in diesem Jahr erstmals unter dem Patronat der VHBB (aber nach wie vor dank dem grossen persönlichen Einsatz von Jürg Jutzi) stattfand, war mit seiner Mischung aus wissenschaftlichen sowie sozialmedizinischen Themen ein Erfolg und rief nach Fortsetzung im 2009.

In der Regio Basiliensis wird es in den nächsten paar Monaten kaum sensationelle standespolitische Umwälzungen geben. Wir Hausärzte konzentrieren unsere Energie auf den WONCA-Kongress vom 16.–19. September 2009 bzw. auf die Gründung des gesamtschweizerischen Dachverbandes. Es sind noch etliche Vorarbeiten auszuführen und Fragen zu klären. Das Bestreben des VHBB-Vorstandes ist es, alle nötigen Vorkehrungen zu treffen, dass unmittelbar nach der Gründung die Beschluss- und Exekutivfähigkeit des neuen Verbandes gewährleistet ist und die anstehenden Probleme mit einer Stimme angegangen werden können.

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 Prünfte,
Fachärztin für Ophthalmologie
und Ophthalmochirurgie FMH

Dr. med. Lukas Wagner,
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH

«Synapse»-Archiv im Internet
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
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



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



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

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) anmelden.

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 22.12.2008