

Synapse

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

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland
und der Medizinischen Gesellschaft Basel



Leitartikel

Das Universitäts-Kinder- spital beider Basel (UKBB)

Prof. Dr. Franz J. Frei, Leitender Arzt Anästhesie, Universitäts-Kinderspital beider Basel

Organisation

Als universitäres Zentrumsspital wird das UKBB von den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt gemeinsam betrieben (Abb. 1). Das UKBB startete am 1. Januar 1999 durch die Fusion von zwei vorgängig eigenständigen Kinderspitälern, dem Kinderspital Basel und der Kinderklinik am Bruderholzspital. Das UKBB zeichnet sich dadurch aus, dass die beiden Klinikstandorte organisatorisch vereint sind und medizinische Schwerpunkte bilden, grundsätzlich aber an beiden Standorten Dienstleistungen im Grundversorgungsbereich angeboten werden. Im Jahre 2004 wurden 5437 Patienten stationär und 1956 teilstationär behandelt, und die Zahl der ambulanten ärztlichen Konsultationen betrug 62 073. Insgesamt wurden 40 810 Pflgetage ausgewiesen.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Das ATRIUM, Begegnungs- und
Betreuungsstätte für Demenz-
kranke und deren Angehörige 5
- Der Regionale Ärztliche Dienst
beider Basel – Was dürfen wir
erwarten? 8
- Die Krankenkassenprämien
steigen dieses Jahr schon wieder 10
- Sport zwischen Trend und Risiko 12
- Relevanz der (F)Alten 14
- Durchimpfung in
der Nordwestschweiz 16
- Aus dem Vorstand BS 18
- Aus dem Vorstand BL 19
- Med-Indoors Tennisturnier 2005
der MedGes Basel-Stadt und
der Ärztesgesellschaft Baselland 19

Editorial

Neuerungen bei der Synapse – Neue Entwicklungen im Gesundheitswesen

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Die Synapse erneuert ihr Layout, indem sie das bisherige weiterentwickelt und damit versucht, ihre Lesbarkeit zu verbessern. Der Zugang zu unserer elektronischen Ausgabe ist durch direkte Links auf den Websites der Ärztesgesellschaft Baselland und der MedGes Basel-Stadt vereinfacht worden. Beim Auffinden bestimmter Artikel hilft zudem eine neuinstallierte Suchmaschine. Die Redaktion möchte für ihre Leser auch besser erreichbar sein und richtet deshalb unter der Adresse synapse@schwabe.ch einen für alle Ihre Mitteilungen, Anfragen oder Meinungsäußerungen offenen elektronischen Briefkasten ein. Inhaltlich will die Synapse-Redaktion aber an den alten Qualitäten festhalten und wichtige Hintergrundinformationen

aus dem Gesundheitswesen und aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte an ihre Leser, seien diese aus Politik, Medien, Versicherungen, der übrigen Wirtschaft oder – last, not least – der Ärzteschaft selbst, weitergeben. Aufmerksamkeit sollen insbesondere auch neue Entwicklungen finden, die in der Synapse kontrovers diskutiert werden können. In verschiedenen Bereichen verlangen schwierige Probleme nach neuen Lösungen. Beispielsweise bestehen im allgemeinen Notfalldienst einerseits – bedingt durch den zunehmenden Mangel an Grundversorgern – Bestandsprobleme bei den Dienstleistenden, andererseits scheint das bisherige Angebot die Bedürfnisse der Bevölkerung nach unmittelbarer Hilfe, aber auch der Versicherer nach einer preiswerten Dienstleistung nicht mehr in genügendem Masse decken zu können. Können wir und die verantwortlichen Politiker mit neuen Entwicklungen in Grossbritannien, den Niederlanden oder Dänemark oder sogar von privaten Call-Cen-

tern Neues erfahren? Neue Entwicklungen zeichnen sich aber auch bei der Regelung der zukünftigen Kostenkontrolle ab. Neben der bisher vorherrschenden Sicht auf die Kostenseite sollen nun zunehmend auch die erbrachten Leistungen Eingang in die Bewertung der in einer Region verursachten Kosten finden. Auch wenn Ergebnisse dieser Verhandlungen noch ausstehen, besteht seit langem erstmals wieder eine ausgewogenere Sicht auf das Bevölkerung und Wirtschaft zunehmend belastende Kostenproblem. Diese konnte erst erreicht werden, nachdem auch von ärztlicher Seite genügend auch für die Ökonomen relevante statistische Daten in die Kostenberechnungen eingebracht werden konnten. Verbesserungen bei der Erfassung von Morbiditätsindikatoren und damit beim Risikoausgleich sowohl auf Ärzte- wie auch auf Versichererseite sind aber weiterzuentwickeln.

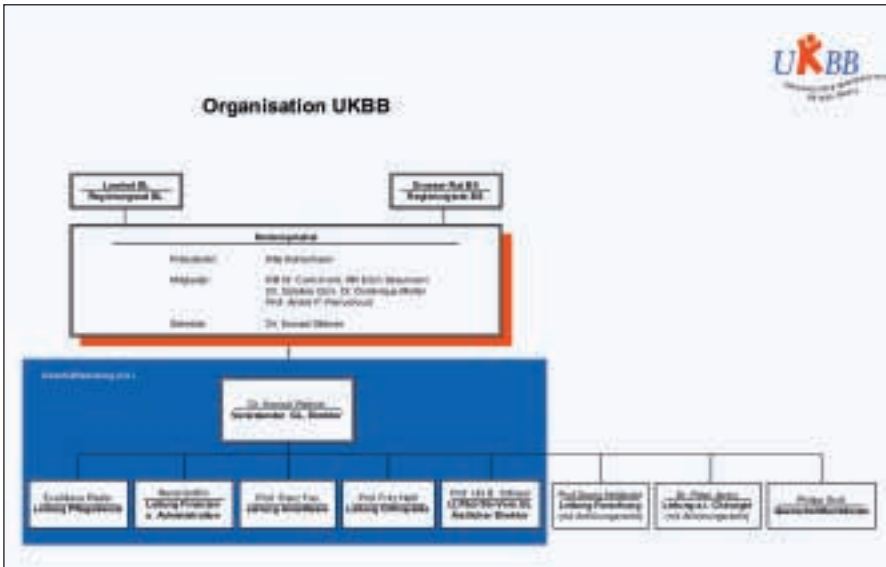


Abbildung 1: Organigramm der Universitäts-Kinderklinik beider Basel (UKBB)

Standorte

Das UKBB betreibt drei Standorte:

- Basel-Stadt (ehemals Basler Kinderspital, Römergasse, Abb. 2)
- Baselland (ehemals Kinderklinik Bruderholz, Abb. 3)
- Universitäts-Frauenklinik (Neubau K1 West, Universitätsspital Basel)

Sowohl am Standort Basel-Stadt (Stao BS) als auch am Standort Baselland (Stao BL) werden Notfälle rund um die Uhr versorgt. Psychiatrische Patienten, die stationärer Behandlung bedürfen, werden ebenfalls an beiden Standorten zusammen mit anderen Kindern auf pädiatrischen Abteilungen betreut.

Am Standort Bruderholz (Stao BL) sind schwerpunktmässig die operativen Disziplinen Kinderchirurgie und Kinderorthopädie sowie die Kinderneurologie angesiedelt. Die entsprechenden Patienten werden sowohl ambulant als auch stationär betreut. Die Mehrzahl der operativen Eingriffe und insbesondere grosse Operationen werden an diesem Standort durchgeführt. Eine neonatologisch-pädiatrische Intensivpflegestation gewährleistet die optimale Pflege von schwerkranken Kindern oder Kindern



Abbildung 2: Ehemaliges Basler Kinderspital

jeden Alters nach grossen Operationen (d.h. auch von Früh- und Neugeborenen). Am Standort Basel-Stadt wird die Mehrzahl der pädiatrischen Patienten sowohl stationär als auch ambulant betreut. Alle pädiatrischen Polikliniken (ausgenommen die Kinderneurologie) befinden sich dort. Zudem werden an diesem Standort die tageschirurgischen Eingriffe durchgeführt.

Zu den beiden erwähnten Hauptstandorten kommt als dritter Standort die Neonatologieabteilung an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel hinzu.

Neben der allgemeinen pädiatrischen Poliklinik bietet das UKBB verschiedene Spezialsprechstunden (Kasten auf Seite 4) an; weitergehende Informationen finden sich unter www.ukbb.ch.

Notfallorganisation

Öffnungszeiten der Notfallstationen

	Pädiatrie	Chirurgie
Standort BL (Bruderholz)	24 Std.	24 Std.
Standort BS (Römergasse) (keine Intensivpflegestation/IPS)	24 Std.	13–19 Uhr

In einer akuten Notfallsituation können Kinder auch ohne vorherige Anmeldung auf eine der beiden Notfallstationen gebracht werden. Wir bitten jedoch, obgenannte Besonderheiten zu berücksichtigen.

Qualitätssicherung

Im Juni 2004 wurde das UKBB als erstes Universitäts-Kinderspital der Schweiz von der Vereinigung «SanaCert Suisse»



Abbildung 3: Ehemalige Kinderklinik Bruderholz

zertifiziert. Im Rahmen der verschiedenen Qualitätssicherungsanstrengungen wurde auch eine zentrale Anlaufstelle für externe Meldungen eingerichtet, zu der alle Mitteilungen und Beanstandungen von Patienten, Eltern und zuweisenden Ärzten an den richtigen Ansprechpartner geleitet und innerhalb kürzester Zeit beantwortet werden: Christine Keller, Telefon 061 685 66 23, E-Mail: christine.keller@ukbb.ch.



Abbildung 4: Neubauprojekt, von der Spitalstrasse aus gesehen

Planung des UKBB-Neubaus

Am 10. Mai 2005 haben die Regierungen der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt ihren Parlamenten den Ratschlag «Gewährung eines Ausführungskredits für die Errichtung des Neubaus des Universitäts-Kinderspitals beider Basel (UKBB)» vorgelegt. Die Planung sieht vor, bis Ende 2009 ein neues universitäres Kinderspital beider Basel an der Ecke Spitalstrasse/Schanzenstrasse vis-à-vis der neuen Frauenklinik des Universitätsspitals Basel zu bauen (Abb. 4). Im Neubau werden 100 stationäre Betten betrieben; zusammen mit den bereits jetzt vorhandenen 16 Neonatologie-Betten im K1 West wird das UKBB dann insgesamt 116 Betten ausweisen. Erwähnenswert sind die eigenständige Notfallstation, die Poliklinik (Spezialsprechstunden), 4 Operationssäle, die Radiologie-Abteilung, die Tagesklinik und die Räumlichkeiten für die verschiedenen Therapien.



Das alte Kinderspital am Rhein und die Kinderklinik im Bruderholzspital werden bei Eröffnung dieses Neubaus ihren Betrieb einstellen. Der grosse Vorteil des neuerstellten Spitals wird sein, dass die Abklärung und die Behandlung aller Kinder zwischen 0 und 16 Jahren unter einem Dach stattfinden und dass verschiedene Synergien mit dem Universitäts-spital Basel genutzt werden können (Sterilisation, Apotheke, Labor, Verpflegung der Patienten und des Personals, Hörsäle usw.).

Schon das Programm zum Architekturwettbewerb beinhaltete die Forderung nach einer kindgerechten Gestaltung des Neubaus, aber auch den Nachweis des «Rooming-in» (Mitübernachtung eines Elternteils/einer Bezugsperson) sowie ein flexibles Raumkonzept für die Patientenzimmer (Zweibettzimmer als Grundstruktur, die in Einbett- bzw. Vierbettzimmer umgewandelt werden können) mit der Nutzungsmöglichkeit für Patienten und Eltern aller Alterskategorien.

Die beiliegende Neubauzeitung gibt nähere Informationen über den geplanten UKBB-Neubau. Der genaue Text der Parlamentsvorlage kann im Internet unter www.ukbb.ch/neubau_aktuelles.cfm eingesehen werden.

Sprechstunden im UKBB

Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Postfach, 4005 Basel,
Tel. 061 685 65 65, Fax 061 685 65 66, www.ukbb.ch, info@ukbb.ch

Bereich	Standort	Name
Pädiatrie		
Allgemeine Pädiatrische Poliklinik	BS	Dr. U. Zumsteg
Adipositas	BS	Dr. A. Bächlin
Dermatologie/Allergologie	BS	Dr. J. Izakovic
Dermatologie	BL	Prof. S. Büchner
Endokrinologie/Diabetologie	BS	PD Dr. U. Zumsteg
Entwicklungsneurologie	BL	Dr. P. Weber
Gastroenterologie	BS	Dr. R. I. Furlano
Genetische Beratung	BS	Prof. Hj. Müller, Prof. P. Miny
Gynäkologie	BS	Dr. A. Schwendke, Dr. S. Tschudin
HIV/Konnataler Infekte	BS	Prof. Ch. Rudin
Immunologie	BS	Prof. U. B. Schaad, Prof. G. Holländer
Infektiologie/Vakzinologie	BS	Prof. U. B. Schaad, Prof. U. Heiningen
Kardiologie	BS	Prof. J. Günthard, Dr. D. Bolz
Neonatalogie	BS	Prof. Ch. Bühler
Nephrologie	BS	Prof. Ch. Rudin
Neurologie	BL	Prof. J. Lüttschig, Dr. P. Weber
Onkologie/Hämatologie	BS	Prof. M. Paulussen (ab 1.8.2005) PD Dr. T. Kühne
Pneumologie	BS	Prof. J. Hammer, Dr. A. Amacher
Rheumatologie	BS	Dr. D. Bolz
Schlafstörungen	BL	Dr. J. C. Minet
Schreispprechstunde	BS	Dr. R. Glanzmann
Stoffwechselkrankheiten	BS	Dr. J. C. Minet
Chirurgie		
Chirurgische Poliklinik	BL	Dr. P. Jenny
	BL	Prof. J. Mayr (ab 1.7.2005)
Chirurgische Privatsprechstunde	BL	Dr. P. Jenny
	BL	Prof. J. Mayr (ab 1.7.2005)
Urologische Poliklinik	BL	Dr. F.-M. Häcker
Neurochirurgie	BL	Dr. H. Bächli
Handchirurgie – Operationen	BS	PD Dr. R. Rösslein
Orthopädie		
Orthopädische Poliklinik	BL	Dr. C. Hasler
Orthopädische Privatsprechst.	BL	Prof. F. Hefti
Neuro-Orthopädische Sprechst.	BS	Prof. R. Brunner
Anästhesiologie		
Anästhesiesprechstunde	BL	Prof. F. Frei, PD Dr. T. Erb

Das ATRIUM, Begegnungs- und Betreuungsstätte für Demenzerkrankte und deren Angehörige



Ein Modell feiert das fünfjährige erfolgreiche Bestehen.

Irene Leu, Stiftung Basler Wirrgarten
www.wirrgarten.ch

Das ATRIUM («Wirrgarten Basel») beherbergt eine **Tagesstätte** für Demenzerkrankte, eine Beratungsstelle für Angehörige und andere vom Thema Betroffene. Es bietet auch Soziokulturelles und Schulungen an.

Aus dem Leitbild

Wir anerkennen die Demenzerkrankungen (u.a. Alzheimer-Krankheit) als irreversible hirnorganische Prozesse. Wir kennen die Symptome der Demenz und deren Auswirkungen auf die Betroffenen und auf die Pflegenden. Dass Demenzerkrankungen als hirnorganische Prozesse erkannt werden, ist wichtig. Denn das Akzeptieren der daraus resultierenden Defizite schliesst für den Pflegenden aus, dem Demenzerkrankten mit dem Anspruch zu begegnen, etwas verändern oder therapieren zu wollen. Wir möchten die Demenzerkrankten nicht therapieren, sondern die Verwirrten so annehmen, wie sie sich uns präsentieren. Wir suchen nicht nach verborgenen ungelösten Konflikten. Wir versprechen nicht, etwas wiederherzustellen oder zu erhalten. Wir arbeiten vielmehr mit den Fertigkeiten, die die Demenzerkrankten noch haben, und konfrontieren oder korrigieren sie nicht. Wir anerkennen ihre Angehörigen als die zweiten Opfer der Demenzerkrankungen. Das bedingt, dass die Demenzerkrankten zu uns kommen «müssen», obwohl im allgemeinen Wert darauf gelegt wird, dass für an Demenz Erkrankte, wenn immer möglich, die Umgebung nicht verändert werden sollte.

Die Tagesstätte

Wir betreuen pro Tag 8–10 Demenzerkrankte, auch oder gerade weil diese weglaufgefährdet sind, sog. Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, depressiv sind oder zu Aggressivität neigen. Die Betroffenen kommen zwischen ein- und fünfmal

wöchentlich. Das Ziel der Betreuung ist es, unseren Tagesgästen Nähe im Sinne von Bindung, Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Der Weg dazu ist individuell. Wir kennen die Biographie der Betroffenen, schwören aber nicht auf Biographiearbeit, denn diese hat manchmal enge Grenzen. Nicht alles, was früher gerne oder gut gemacht wurde, ist heute noch erwünscht oder möglich. Wir schützen die Betroffenen vor ihrem Versagen. Wir kaufen ein, kochen, tischen, waschen zusammen ab, wir begeben uns auf Spaziergänge, turnen, manchmal sitzen wir einfach da und unterhalten uns, hören zusammen Musik oder begeben uns schon wieder auf den nächsten Spaziergang. Wir legen viel Wert auf gewisse Strukturen, die sich immer wiederholen. Das kann Sicherheit geben, die Betroffenen fühlen sich am richtigen Platz.

Wir arbeiten mit den Inhalten der Begriffe von Maslows Bedürfnispyramide. Wir anerkennen, dass die physischen Bedürfnisse die Grundlage sind, um weitere Bedürfnisse überhaupt entstehen zu lassen. Die Sicherheitsbedürfnisse übersetzen wir als Bedürfnisse danach, sich bekannt zu fühlen, als Bedürfnis auch nach Schutz, Vorsorge und Angstfreiheit. Gesetzlichkeit und Verhaltensregelung bedeuten, dass wir uns der Kultur der meist älteren Menschen anpassen und entsprechend benehmen. Die sozialen Bedürfnisse nach Geborgenheit, Liebe und Zärtlichkeit, Kontakt und sozialem Anschluss erfordern Empathie, eine gewisse Demut und ein grosses Verständnis für die Verwirrten. Gleichzeitig erfordert es Kenntnisse der Symptome der Demenz, die Kenntnis darüber, wie diese Symptome sich auf die Betroffenen und auf die Pflegenden auswirken. Wenn das Betreuungspersonal diese Kenntnisse nicht hat, kann es bei herausforderndem Verhalten der Betreuten, zum Beispiel unkontrolliertem Essen oder sexuell gefärbten Annäherungsversuchen, nicht unterscheiden

zwischen Bedürfnis und Enthemmtheit. Sie erfordern jedoch eine komplett unterschiedliche Herangehensweise.

Das Personal

Dem Personal bieten wir eine ausgeglichene Waagschale zwischen Forderung und Angebot. Als Leiterin des ATRIUM lege ich grossen Wert darauf, dass alle wichtigen Belange besprochen werden: Veränderungen bei Tagesgästen, Fragen zum Verhalten, eigene Gefühle zur Betreuung und vieles mehr. Unnötige Rapporte, die die Pflegenden im Büro festnageln, während die Verwirrten in den Gängen herumirren, finden bei uns nicht statt. Wir führen kein Kardex-System und haben uns losgelöst von Strukturen, die im Akutspital vorgegeben sind. Wir streben eher nach dem Gefühl einer «Familie». Das bedingt, dass wir mit den Tagesgästen leben, statt sie zu verwahren.

Die Betreuer/innen haben alle einen eigenen Kompetenzbereich, den sie weitgehend selbstständig gestalten, der ihren persönlichen Neigungen entspricht und in welchem sie Weiterbildungen besuchen. So ist zum Beispiel eine Kollegin verantwortlich für die Gymnastik im Hause, eine andere für Malen und Werken, jemand ist Hauskeeper, und eine weitere Kollegin macht Hausbesuche in Familien, die es besonders schwer haben mit dem Abgeben, die eine Entlastung aber dringend brauchen würden. Dort wirkt sie als Vorbild und versucht, die bestehenden Ängste der Angehörigen abzubauen. Angehörigenarbeit hat in der Tagesstätte einen hohen Stellenwert.

Aus dem Leitbild

Wir anerkennen die Angehörigen als kompetente Partner und begleiten sie ressourcen- und problemlösungsorientiert. Die Angehörigen haben eine Bezugsperson aus dem Betreuungsteam und aus der Beratungsstelle. Da wir vor unseren Tagesgästen nicht über sie sprechen, suchen wir das Gespräch mit den An-

gehörigen zum Beispiel mittels Telefonaten und Gesprächen auf der Beratungsstelle. Dabei ist uns wichtig, den Angehörigen mitzuteilen, was wir den ganzen Tag unternehmen, und wir unterstützen sie mit Tips für weitere Entlastung oder im Umgang mit ihrem Partner oder Elternteil. Gleichzeitig lernen wir aber auch von ihnen und schätzen sie als Profis. Ganz besonders wichtig scheint uns, dass wir den Angehörigen immer wieder vermitteln, dass es normal ist, dass die Schwierigkeiten zu Hause meistens grösser sind als bei uns. Wir sind nicht im gleichen Masse betroffen von Hilflosigkeit, schlaflosen Nächten, Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, Verlustängsten, Überforderung und Trauer.

Vierteljährlich bieten wir einen Angehörigenabend an, der stets rege besucht wird. An diesem Abend erhalten die Angehörigen Inputs über Aktuelles rund um das Thema Demenz oder zu einem Thema, das sie sich selber gewünscht haben. Der Rest des Abends dient dem Erfahrungsaustausch; es werden Fragen gestellt, es kann geklagt, aber auch gelacht werden.

Die Beratungsstelle

In erster Linie werden Angehörige beraten: Ehe- und Lebenspartner, Kinder und weitere Verwandte, Freunde und Nachbarn, selten demenzkranke Menschen selbst. Auch andere medizinisch-pflegerische Fachpersonen finden den Weg zu uns, zum Beispiel Spitex-Mitarbeiter/innen, Hausärzte/-innen, Heim- und Projektleitungen.

Was verstehen wir unter Beratung? Dazu gehören:

- terminlich vereinbarte Gespräche im Beratungszimmer mit einzelnen Angehörigen, mehreren Mitgliedern einer Familie oder Angehörigen und Fachpersonen zusammen;
- Begleitung von einzelnen Angehörigen in besonders komplexen Situationen über längere Zeit hinweg;
- Begleitung von Angehörigen bei belastenden Schritten, z.B. Eintritt in eine stationäre Einrichtung, Teilnahme an Gesprächen mit Hausärzten/-innen

oder Spitälern, Telefonate mit der Spitex, Fahrdiensten, der Memory Clinic, anderen Tagesstätten, Alters- und Pflegeheimen, dem Amt für Alterspflege usw., um zusätzliche Informationen zu erhalten, notwendige Schritte einzuleiten, Entlastungsmöglichkeiten abzuklären und ein möglichst gutes Zusammenwirken der verschiedenen Institutionen und Helfer/innen zu erreichen;

- spontane Beratungen von Angehörigen, Spitex und Ärzten, wenn «es gerade brennt»; Telefonate, um nachzufragen, zu ermutigen usw.

Was sind Themen in den Beratungen?

- Erklären des Krankheitsbildes einer Demenz, der verschiedenen Symptome und daraus ableiten, welches Verhalten gegenüber dem Kranken mehr oder weniger geeignet ist.
- Belastung erkennen, eingestehen, helfen und unterstützen beim schwierigen Schritt, Entlastung anzunehmen, sowie beim konkreten Umsetzen.
- Verzweiflung über die Erkrankung, Wut und Trauer zulassen, auffangen, aber auch aushalten können.
- Die Bedürfnisse des Angehörigen ernst nehmen, vielleicht erst helfen, sie sich bewusst zu machen, und danach Möglichkeiten suchen, sie zumindest teilweise zu erfüllen.
- Schuldgefühle ernst nehmen, aber auch abbauen helfen.
- Konkrete Tips für die kleinen täglichen Pflegeschwierigkeiten geben.
- Unterstützung bei der Regelung finanzieller und rechtlicher Angelegenheiten, z.B. Hilfenentschädigungsformulare ausfüllen, Anspruch auf Ergänzungsleistungen abklären, vormundschaftliche Massnahmen abwägen.
- Bei Bedarf Medikamentenverschreibungen überprüfen und mit Hausärzten/-innen oder Fachärzten/-innen Kontakt aufnehmen.
- Ziel ist nicht, dass ein Patient möglichst lange zu Hause bleiben kann oder möglichst frühzeitig in ein Alters- und Pflegeheim geht. Ziel ist, Unterstützungs- und Entlastungsangebote zu

finden, die dem Kranken und seinen Angehörigen in ihrer Individualität die beste Lebensqualität ermöglichen. Damit werden Notfalllösungen weitgehend verhindert, und die Angehörigen dekompensieren weniger, weil sie ihre Kräfte realistischer einschätzen können.

Die soziokulturellen Angebote

Demenzkranken verlieren in der Regel die Kontrolle über ihre Impulse. Dies sieht dann so aus, als ob die Betroffenen keinerlei soziale Regeln mehr kennen würden. Betroffene und Angehörige sind in der Öffentlichkeit schiefen Blicken und manchmal unwürdigen Kommentaren ausgeliefert. Oft ziehen sich Angehörige aus Erschöpfung und Mutlosigkeit zurück, aber auch weil sie sich schämen, wenn der betroffene Partner oder die betroffene Partnerin sich «nicht mehr benehmen kann».

Wir möchten der Isolation, Einsamkeit und schambesetzten Zurückhaltung der Angehörigen entgegenwirken, ihnen beispielsweise ermöglichen, wieder einmal auszugehen, sich wieder einmal als Paar zu fühlen. Hierzu organisieren und begleiten wir soziokulturelle Angebote, wie das regelmässig stattfindende Alzheimer-Tanzcafé, Konzerte oder Bilderausstellungen.

Die Schulungen

Es ist unser Anliegen, wo immer es möglich ist, für die Demenzerkrankungen und insbesondere die enorme Belastung der Angehörigen zu sensibilisieren. Wir lassen Angehörige, professionell Pflegende und alle am Thema Interessierten von unserem Wissen und unserer Erfahrung profitieren. Das Seminar «Die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzerkrankungen – Durch Verstehen der Symptome besser mit den Betroffenen und mit den eigenen Grenzen umgehen lernen» richtet sich vor allem an professionell Pflegende, andere Interessierte, wie Heim- oder Projektleitungen, aber auch an Angehörige. Das Seminar «Demenz im Alltag» richtet sich ausschliesslich an Angehörige.

Ihre Meinung interessiert uns!

Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Senden Sie Ihre Ideen, Kritik, Lob und Anregungen an die Redaktion. Auch Leserbriefe sind jederzeit willkommen. Ihr Mail erreicht uns unter synapse@emh.ch.

Der Regionale Ärztliche Dienst beider Basel – Was dürfen wir erwarten?

Dr. med. Paul Vogt, Leiter RAD beider Basel, Wuhrmattstr. 21, 4103 Bottmingen

Mit der abgeschlossenen 4. IV-Revision hat das Parlament beschlossen, den 26 kantonalen IV-Stellen und der IV-Stelle für Versicherte im Ausland ein neues Instrument der medizinischen Abklärung in die Hände zu geben. Ziel war nicht, einfach in jeder IV-Stelle den medizinischen Dienst mit einigen Stellenprozenten aufzustocken, sondern aus Gründen, die nachstehend aufgelistet sind, Regionale Ärztliche Dienste aufzubauen, die die medizinische Beurteilung für mehrere IV-Stellen übernehmen werden.

Die Regionalen Ärztlichen Dienste der Schweiz (RAD)

Seit dem 1. Januar 2005 sind zehn Regionale Ärztliche Dienste der IV eingerichtet worden, vier davon haben bereits als Pilotprojekte vor rund drei Jahren den Betrieb aufgenommen. Mit der Einrichtung dieser RAD sind folgende Haupterwartungen verbunden:

Steigerung der Beurteilungsqualität

Im RAD sollen verschiedene Fachdisziplinen vertreten sein. Anzustreben ist die Rekrutierung von Kolleginnen und Kollegen der Fachrichtungen Rheumatologie, Orthopädie, Psychiatrie und Pädiatrie neben Allgemeiner und Innerer Medizin. Wesentlich ist aber auch, dass diese Ärztinnen und Ärzte in Fragen des Sozialversicherungsrechts, speziell des IV-Rechts, ausgebildet werden und à jour sind. Finden sich nicht für alle Disziplinen Ärztinnen und Ärzte, so kann sich der RAD das Fachwissen durch Konsilien einholen. Weiter wird dem RAD, unabhängig von der zu erwartenden Leistung, praktisch jedes Dossier mindestens einmal zur Prüfung vorgelegt.

Harmonisierung der ärztlichen Entscheide (unité de doctrine)

Im Einzelfall ist der einzelne RAD in seiner Entscheidung unabhängig, d.h., es dürfen ihm keine Vorgaben gemacht werden, wie er medizinisch-fachlich ein versicherungsmedizinisches Faktum be-

urteilt. Die allgemeine fachliche Aufsicht in ärztlichen Belangen wird durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) ausgeübt. Das BSV erlässt verbindliche Richtlinien im Sinne von Leitplanken, organisiert Fachtagungen zu einzelnen Themen, z.B. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit, und ist auch für die Qualitätskontrolle zuständig. Selbstverständlich ist auch ein reger Austausch unter den RAD selbst vorgesehen. Ein weiteres Instrument ist das Studium und die Diskussion von Versicherungsgerichtsentscheiden, in denen die ärztlichen Stellungnahmen der RAD kritisiert oder aber gestützt worden sind, wobei vor allem jene des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) für die Harmonisierung zukünftiger Beurteilungen wichtig sind.

Senkung der Anzahl Begutachtungen

Gleichzeitig mit der Schaffung der Regionalen Ärztlichen Dienste wurde auch das bisherige Untersuchungsverbot für die medizinischen Dienste der IV-Stellen aufgehoben. Damit steht diesen neuen Diensten die Untersuchungskompetenz zu. Dies entspricht in etwa der Funktion eines SUVA-Kreisarztes oder eines Vertrauensarztes einer Krankenversicherung. Ob dadurch die erwartete Senkung der Gutachtenzahl erreicht werden kann, muss sich noch weisen. Auch ist dies aus meiner Sicht nicht das primäre Ziel eines RAD. Viel wichtiger erscheint mir, dass die medizinische Beurteilung dank Beschaffung medizinischer Daten, z.B. durch RAD-eigene fachspezifische Untersuchungen (nicht Gutachten), rascher als bisher erfolgen wird. Dadurch können die weiteren Schritte durch die übrigen IV-Abteilungen, z.B. Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung, zügiger an die Hand genommen werden.

Senkung der Rentenzahlen und Rentenkosten

Diese Erwartung ist in der Politik und der Bevölkerung sicher vorhanden. Dies kann aber meines Erachtens nicht das primäre Ziel des RAD sein. Der Grund liegt darin, dass im ganzen IV-Verfahren, das letztlich

zu einer Ablehnung oder Zusprache einer Rente führt, die medizinische Beurteilung nur einen von mehreren Teilbereichen darstellt und somit auch nur teilweise Einfluss auf die obige Erwartung haben kann. Wenn es uns aber tatsächlich gelingt, insgesamt die Abklärung rascher durchzuführen, damit die Massnahmen, die eine (Re-)Integration ermöglichen, zeitgerechter greifen können, kann dies zum genannten Ziel beitragen. Auch kann der RAD damit helfen, die sogenannte administrative Chronifizierung eines Gesundheitsschadens zu verhindern.

Ebenso gilt es zu beachten, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und damit letztlich Anspruchsberechtigung für eine Rente nur IV-spezifische Faktoren berücksichtigt werden dürfen. Auch hier kann ein RAD dank seiner zusätzlichen versicherungsrechtlichen Weiterbildung den IV-Stellen Beurteilungen abgeben, in denen die IV-fremden und IV-spezifischen Faktoren kritisch gewürdigt sind. Faktoren, die gänzlich ausserhalb unseres Einflussbereiches liegen, sind Wirtschaftslage (beeinflusst die Häufigkeit von Rentenanträgen), Bemühungen der Anwältinnen und Anwälte, Art der Entscheide von Versicherungsgerichten.

Der Regionale Ärztliche Dienst beider Basel

Organisation

Administrativ ist unser RAD beider Basel der IV-Stelle BL angegliedert. In allgemein-rechtlicher und finanzieller Hinsicht ist diese IV-Stelle für uns zuständig. Leitungsorgan ist eine Betriebskommission, bestehend aus den beiden IV-Stellenleitern, den Herren R. E. Maillard (BL), Vorsitzender, P. Meier (BS), und P. Vogt (RAD).

Lokalität

Adresse: Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen.

Wir sind im 2. Stock eines Bürogebäudes in Bottmingen eingemietet. Es liegt hinter dem Coop-Center Bottmingen. Wir haben dort ein Sekretariat, 5 Arztbüros für je 2–3 Ärztinnen und Ärzte und

3 Untersuchungsräume. Diese sind einfach und zweckmässig eingerichtet. Apparative Untersuchungen wie Röntgen und EKG sowie Laborkontrollen werden keine durchgeführt.

Unser Dienst ist mit dem öffentlichen Verkehr gut erreichbar. Von der Haltestelle Batteriestrasse der Linie 10 sind es 4 Gehminuten. Unmittelbar beim Eingang sind 2 Besucherparkplätze für unsere Kunden reserviert.

Aufgaben

Von den IV-Stellen erhalten wir das Versicherungsdossier. Dieses enthält u.a. alle ärztlichen Berichte, die nach einem Gesuchseingang für IV-Leistungen von der Sachbearbeitung bei der Ärzteschaft eingeholt worden sind. Wir prüfen, ob die medizinischen Daten ausreichend sind, um die Fragen im Rahmen der beanspruchten IV-Leistungen eindeutig beantworten zu können. Sind die Daten unvollständig oder gar widersprüchlich, so können wir ergänzende Berichte anfordern, die versicherte Person zu uns zu einer Untersuchung aufbieten und/oder ein Gutachten veranlassen.

Sind die Unterlagen vollständig, so wird von uns eine Beurteilung in Form eines schriftlichen Berichtes erstellt. Wichtig: Wir entscheiden nicht über die Invalidität, sondern nur über Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit aus unserer Sicht. Weiter können wir natürlich Vorschläge, aber keine Weisungen zu möglichen Massnahmen an die verschiedenen Abteilungen der IV-Stelle geben. Auf Grund der Erfahrungen bisheriger Pilotprojekte gehen wir davon aus, dass von allen zu beurteilenden Versicherten etwa 5–10% auch tatsächlich von uns selbst untersucht werden.

Fachkompetenz

In unserem Team sind neben den Disziplinen Allgemeine und Innere Medizin die Fachrichtungen Psychiatrie, Pädiatrie (Geburtsgebrechen) und Arbeitsmedizin vertreten. Bis zum Erscheinen dieses Berichtes wird unser Team möglicherweise ergänzt durch eine Kollegin mit der Spezialität Orthopädie/Neurochirurgie.

Änderungen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte

Was ändert sich nicht?

Leider können wir Sie auch in Zukunft nicht vom Papierkram dispensieren. Nach der Anmeldung eines IV-Falles werden Sie wie bisher mit dem offiziellen Formular um die Übermittlung aller

medizinischen Daten und um Ihre fachliche Stellungnahme gebeten. Diese Formulare werden zur Zeit überarbeitet, damit Sie noch besser wissen, auf welche spezifischen Fragen der RAD und die anderen IV-Abteilungen gerne Antworten hätten. Mit einer gut leserlichen und zeitgerechten Antwort erleichtern Sie unsere Arbeit, vor allem aber helfen Sie Ihren Patientinnen und Patienten damit, rasch und kompetent zu einer Antwort auf das eingereichte Gesuch zu kommen.

Was ist neu?

Eines meiner wichtigen Ziele ist, Ihnen als ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Bei der bisherigen Organisation der medizinischen Dienste mit Teilzeitstellen war es oft schwierig, den Kollegen oder die Kollegin in der IV zu erreichen. Mit unserem Dienst sind wir ganztagig erreichbar, beachten Sie dazu die Adressen mit Telefonnummern am Schluss des Artikels.

Erwartungen an Sie als Ärztinnen und Ärzte

Ein weitverbreiteter Irrtum ist die Meinung, eine Anmeldung bei der IV sei frühestens ein Jahr nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit möglich. Diese einjährige Wartezeit gilt nur für die Auszahlung einer Rente. Diese darf frühestens ein Jahr nach Eintritt des Versicherungsereignisses, also der Invalidität (mind. 40% Arbeitsunfähigkeit), ausbezahlt werden. Alle anderen Leistungen, insbesondere berufliche Massnahmen, wie Arbeitsvermittlung und Berufsberatung, schulische und medizinische Massnahmen, sind an keine Wartezeit gebunden. Haben Sie also bei jemandem, den Sie ärztlich betreuen, schon nach kurzer Zeit der Krankenschreibung den Eindruck, es könne aus gesundheitlichen Gründen zu einer dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf kommen, so können Sie eine frühzeitige Anmeldung bei der IV im Hinblick auf berufliche Massnahmen empfehlen (IV-Stelle des Wohnkantons oder bei Grenzgängern IV-Stelle des Arbeitsortes).

Noch zum Begriff der Invalidität

Für die Feststellung einer Invalidität müssen 3 Elemente erfüllt sein:

1. Das medizinische Element: ein körperlicher, geistiger oder psychischer Gesundheitsschaden.
2. Das wirtschaftliche Element: eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit

oder Unfähigkeit, den bisherigen Aufgabenbereich zu bewältigen.

3. Das Kausalelement: Zwischen dem medizinischen und dem wirtschaftlichen Element muss ein kausaler Zusammenhang bestehen.

Die Invalidität ist also im wesentlichen ein wirtschaftlicher Begriff und kein ärztlicher. Wird dies nicht beachtet, so kommt es immer wieder zu Unverständnis über Entscheide durch die IV. Wir Ärztinnen und Ärzte haben uns auf die Feststellung der **Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Erwerbstätigkeit** zu konzentrieren. Weiter gilt es, die verbliebenen Funktionsfähigkeiten festzustellen sowie die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten (Verweistätigkeiten) und für medizinische Massnahmen zu bestimmen.

Einige Adressen

RAD beider Basel, Wuhrmattstrasse 21, 4103 Bottmingen, Tel. 061 425 25 52 Paul Vogt persönlich, 061 425 25 50 Sekretariat, Fax 061 425 25 99, paul.vogt@sva-bl.ch
Achtung: Patientenspezifische Korrespondenz immer über die IV-Stellen. Aus Datenschutzgründen keine Patientendaten über E-Mail.

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstr. 109, 4102 Binningen, Tel. 061 425 25 25, Fax 061 425 25 00, www.sva-bl.ch/Pages/index1.html

IV-Stelle Basel-Stadt, Lange Gasse 7, 4002 Basel, Tel. 061 225 25 25, Fax 061 225 25 00, <http://bs.iv-stelle.ch/home.aspx>

Das BSV im Internet:

www.bsv.admin.ch/aktuell/highlight/d/index.htm
(auch geeignet für interessierte Patientinnen und Patienten)
www.bsv.admin.ch/iv/grundlag/ivmedico/d/index.htm
(mit vielen Erklärungen zu diversen Themen im Sozialversicherungsrecht)

Die Krankenkassenprämien steigen dieses Jahr schon wieder

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

Ein 50jähriger Chemearbeiter, der seit 27 Jahren in der gleichen Firma arbeitet, dem im Oktober 2004 wegen guter Qualifikationen eine Lohnerhöhung angekündigt und im März 2005 bestätigt wird, wird am 18.4.2005 ins Büro zitiert: Kurze Mitteilung, man brauche ihn nicht mehr, er sei auf den nächstmöglichen Termin entlassen, bis dahin sei er freigestellt. Zu den dadurch auftretenden sozioökonomischen Problemen kommen auch medizinische: Der Mann ist tief gekränkt und in seinem Selbstwert zutiefst verletzt. Auf der Checkliste für Depressive habe ich Schlafstörung, Morgengräue, depressive Grundstimmung, Zukunftsangst an. Der Ausgang ist offen. Soll ich ihn schon früh der IV anmelden, um nicht später den Vorwurf zu kassieren, ich hätte wieder eine Depression unheilbar chronifizieren lassen? Das gäbe mir wenigstens das wohlige Gefühl, etwas getan zu haben, auch wenn es am Outcome nichts ändert. Warum bekommen wir Verbesserungsempfehlungen meist von Leuten, die unsere Entscheide gar noch nie fällen mussten, weil sie in der Versorgungskette erst viel später plaziert sind?

Neben den Auswirkungen auf den Patienten entstehen Folgeprobleme für das Umfeld: Die Exfrau muss sich eine Arbeitsstelle suchen, da sie befürchtet, ihr Exmann könnte bald die Alimente nicht mehr bezahlen. Deshalb kann sie die schwer seh- und gehbehinderte Mutter des Patienten nicht mehr zum Arzt begleiten. Der Hausarzt muss jetzt Hausbesuche machen. Diese Mehrkosten sind kassenpflichtig.

Die nächste Patientin ist die 92jährige Frau G. Es gehe mit ihr bergab, sagt die trotz diverser Gebrechen und Krankheiten erstaunlich rüstige Patientin. Ich entgegne, ob es nicht eigentlich seit Geburt bergab gehe? Sie: Ja, schon, aber sie merke es nun besser, da sie zuviel Zeit habe. Zum Glück haben weder sie noch ihre besorgten Angehörigen irgendwelche exotischen Abklärungswünsche für die multiplen Symptome der beträchtlichen Diagnoseliste, sondern können akzeptieren, dass die Patientin einfach alt ist.

Nun kommt eine ehemalige Physiotherapeutin: Sie wünscht heute eine Röntgenaufnahme der BWS, eine Blutentnahme der Hepatitisserologie und die Aktualisierung des Impfstatus. Nach eingehendem Besprechen der zugrundeliegenden Probleme und korrekter Untersuchung einigen wir uns auf eine Selbsttherapie, verzichten auf die Blutentnahme, da sie im jetzigen Zeitpunkt bezüglich des geschilderten Problems nichts aussagt. Der Impfstatus braucht keine Aktualisierung. Trotz unerfülltem Wunschzettel wirkt die Frau beim Abschied zufrieden.

Ein 80jähriger Diabetiker hat seit acht Jahren zunehmende Coxarthrose-Beschwerden und will sein Hüftgelenk nun dringend operiert haben, aber nur minimalinvasiv und nur zwischen zwei Ferientaufenthalten, die schon gebucht sind und nicht abgesagt werden dürfen. Der ärztliche Aufwand für diese Konsultation wird grösser als vorgesehen.

Auf der Hausrunde will ich Frau Keller im Altersheim besuchen. Bereits im Eingang rennt eine aufgeregte Pflegeperson im Eingang auf mich zu. «Herr Doktor, Herr Doktor! Die Frau Müller! Kommen Sie schnell!» – «Was ist mit Frau Müller?» – «Sie müssen ganz dringend den RAI-RUG-Zettel ausfüllen, heute ist Stichtag.» – «Ja, aber wie geht es Frau Müller?» – «Das weiss ich nicht, ich arbeite erst wieder seit gestern.»

Die Gründe der Teuerung im Gesundheitswesen sind bekannt:

- Älterwerden der Bevölkerung (zumindest bis sich der Abbau des sozioökonomischen Status bei der Mehrheit der Bevölkerung negativ auf die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung auswirkt);
- höherer Druck der Wirtschaft auf die werktätige Bevölkerung; Abschieben der diesem Druck nicht Genügenden und der nicht mehr Benötigten über die Medizin in das Sozialnetz;
- Fortschritt der Medizin, der oft ohne Unterteilung in sinnvolle und sinnlose Indikationen nach reinen Marktgesetzen angewendet wird;
- Begehrlichkeit der Patienten; bessere Information (empfinde ich als Vorteil) und noch mehr Fehlinformation der Bevölkerung;

- Aufstocken der menschlichen und finanziellen Ressourcen in der Administration (Stichwort «Controlling und Qualitätssicherung») ohne gleichzeitiges Anpassen des geforderten Mehraufwands bei den Leistungserbringern. Dies erzeugt Teuerung und dazu eine Verschiebung der Ressourcen der Leistungserbringer weg vom Kerngeschäft in die Administration.

Dies ist meine letzte GAMBA-Seite für die Synapse. Nach 12 Jahren aktiver Standespolitik in der GAMBA und 5 Jahren Artikelschreiben gebe ich diese Tätigkeiten vertrauensvoll in jüngere Hände. Ich danke der Redaktion für ihre Geduld und die gute Zusammenarbeit und Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, für Ihr Interesse.

Sport zwischen Trend und Risiko

Erich Wiederkehr, Suva Luzern

Basejumping, Downhillbiking, Hydro-speed und wie sie alle heissen: Wir verbinden diese Sportarten mit Risiko und hoher Unfallgefahr. Doch nicht alle neuen Sportarten sind gleichermaßen unfallträchtig und teuer. Der folgende Artikel versucht aufzuzeigen, dass für das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Unfallrisiko und Unfallkosten eine differenzierte Betrachtungsweise nötig ist.

Dem sportlichen Ideenreichtum sind kaum Grenzen gesetzt: Airboard, Hydro-speed, Kitesurfing, Offroad-Kjöring, Snowscooting, Snowtubing, Wakeboard, Windskating, Zorbing etc. Handelt es sich dabei nun um Abenteuersport, Extremsport, Risikosport, Funsport, Wagnissport oder einfach nur um Mode- und Trendsport?

Gemäss einer Umfrage führen nicht etwa die Trendsportarten die Rangliste der beliebtesten Sportarten an. Klare Nummer eins sind Velofahren/Mountainbiken, gefolgt von Schwimmen und Wandern/Walking. Auf dem vierten Platz folgen gleichwertig Jogging/Laufen und Skifahren.¹

Gefährlicher Sport?

Im Jahr 2002² wurden den Schweizer Unfallversicherern (Suva und Privatversicherungen) rund 154 000 Sportunfälle gemeldet (bei insgesamt 442 000 Freizeitunfällen). Somit ist jeder dritte Freizeitunfall ein Sportunfall. Die Kosten aller Sportunfälle – sie umfassen neben den Heilkosten auch Taggelder und Rentenzahlungen – betragen 645 Millionen Franken. Die Kosten pro Sportunfall betragen durchschnittlich knapp 3500 Franken, was unter dem Durchschnitt aller Freizeitunfälle liegt (4600 Franken). Am teuersten sind die Verkehrsunfälle mit durchschnittlich fast 11 000 Franken pro Fall, weil hier die Verletzungen am schwerwiegendsten sind.

Sportunfall ist allerdings nicht gleich Sportunfall, wie ein Blick in die Statistik zeigt. Die Unterschiede bei den Unfallkosten sind erheblich (siehe Tabelle unten).

Eine verfeinerte Aufschlüsselung lässt weitere Schlüsse zu. So vereinigt die Kategorie «Bergsport» sowohl Bergwandern als auch Klettertouren. Kostet ein Wanderunfall durchschnittlich knapp 7400 Franken, sind es bei einem Kletterunfall 20 500 Franken.

Ganz anders sieht die Bilanz aus, wenn man nicht die Fallkosten, sondern die gesamten Unfallkosten einer Sportart betrachtet. Hier stechen zwei Sportarten besonders hervor: Skifahren mit jährlichen Unfallkosten von 150 Millionen Franken und Fussball mit 130 Millionen Franken. Diese beiden Sportarten sind für über 40 Prozent der gesamten Sportunfallkosten verantwortlich.

Überzeugen statt drohen

Dennoch wäre es der falsche Weg, diese Sportarten auf die schwarze Liste zu setzen. Der Ansatz der Suva zielt in eine andere Richtung: Sie sensibilisiert Skifahrer/innen wie auch Fussballer/innen für einen fairen und unfallfreien Sport.

So fordert die Wintersportkampagne zu einem den eigenen Verhältnissen angepassten Tempo auf der Piste auf. Beim Fussball unterstützt die Suva jährlich rund 130 Grümpeltourniere. Denn diese sind bekannt dafür, dass sie besonders unfallträchtig sind. Für einen verletzungsfreien Ablauf sorgen nicht nur eine geeignete Ausrüstung mit Fussballschuhen und Schienbeinschonern sowie dem richtigen Aufwärmen, sondern auch ausgebildete Schiedsrichter, für deren Kosten die Suva aufkommt. Die Zahlen sprechen eine klare Sprache. An Grümpeltournieren, welche von der Suva unterstützt werden, ereignen sich viermal weniger Unfälle als bei den übrigen Grümpeltournieren. Doch Fussball ist mehr als Grümpeltourniere. Auch die lizenzierten Fussballer sind vor Unfällen nicht gefeit. Mit der 2004 lancierten mehrjährigen Kampagne «Die 11», in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Fussballverband und der Fifa, soll das Verletzungsrisiko und damit die Unfallzahl bis hinauf in die Profiligen um 10 Prozent gesenkt werden.

In die gleiche Richtung zielt die gemeinsame Velohelmkampagne von Suva und Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu). Überraschende Sujets und Slogans motivieren zum freiwilligen Helmtragen und damit zur Verhütung von schweren Kopfverletzungen bei einem Sturz. Innerhalb der letzten 10 Jahre konnte die Helmtragquote von weniger als fünf auf 33 Prozent gesteigert werden.

Kosten der Sportunfälle in der Schweiz³

	Total Kosten in Mio. CHF	Anzahl Fälle	Kosten pro Fall in CHF
Skifahren	151,0	22 369	5 518
Fussball	130,7	41 304	2 554
Bergsport	28,2	3 093	8 612
Rennsport mit Rennfahrzeugen	18,8	2 125	7 809
Gleitschirmfliegen	17,3	383	30 589
Eishockey	15,6	5 220	1 612
Schlitteln/Skeleton/Bobfahren	14,5	2 501	4 362
Radfahren/Mountainbike	13,7	2 221	4 351
Skitouren	7,4	491	27 143
Basketball	7,5	3 930	1 800
Tauchen	3,3	422	7 893
Windsurfing	2,4	460	1 100
Deltasegeln	0,1	40	38 575
Andere Sport- und Spielarten*	21,2	5 502	2 185
Alle Sportunfälle	645	442 493	3 477

Quelle: Unfallstatistik UVG (3,5 Mio. Versicherte), Unfall 1998 – Stand der Kosten 2002

* In dieser Rubrik figurieren die meisten der erwähnten «Trendsportarten». Aufgrund der zu kleinen Fallzahl ist keine Detailauswertung möglich.

Mediziner diskutieren aber auch bei längst etablierten Sportarten, etwa in der Leichtathletik, Risiko und Unfallgefahr. «Stabhochsprung – eine Risikosportart» lautete der Titel eines Referates an einem Dreiländerkongress im vergangenen Jahr in Magglingen.⁴ 48 Prozent der befragten Athleten gaben gemäss der Studie an, beim Stabhochsprung oder Wettkampf schon einmal neben der Aufsprungmatte gelandet zu sein, 55 Prozent waren bereits mindestens einmal in den Einstichkasten gestürzt. Das Fazit des Referats dürfte nicht nur für den Stabhochsprung gelten: Athleten sollten nur ausgeruht und in guter körperlicher Verfassung in ein Techniktraining oder einen Wettkampf gehen, denn ein konditionell gut trainierter Athlet mit einer entsprechend ausgebildeten Muskulatur hat generell ein geringeres Verletzungsrisiko.

Was heisst eigentlich Trend?

Wie steht es nun aber mit dem Unfallrisiko der eingangs erwähnten Trend- bzw. Risikosportarten? Hier ist zunächst eine Begriffsklärung nötig. So gehören neue Fitness- und Ausdauersportarten wie Walking und Mountainbiking genauso dazu wie Freeclimbing, Baseball, Beachvolleyball oder Kite-Surfing bis hin zu Bungee-Jumping oder asiatischen Kampfsportarten. Neue Trends im Sport führen nicht automatisch zu generell höheren Risiken und damit höheren Unfallkosten. Wer würde behaupten, dass Walking bzw. Nordic Walking besonders unfallträchtig seien? Ganz anders als etwa Gleitschirmfliegen, obwohl diese Sportart unterdessen nicht mehr zu den Wagnissportarten zählt, bei denen die Unfallversicherer bei einem Unfall die Geldleistungen kürzen.

Sport als Wagnis

Die Unfallversicherer führen gewisse Sportarten auf einer Wagnisliste auf, bei der nach einem Unfall Geldleistungen (Taggeld- und Rentenzahlungen) um 50 Prozent gekürzt werden. Dazu gehören:

- Autowagnisse (Autocross-, Stockcar-, Rundstrecken- und Bergrennen inkl. Training; Autorallye-Geschwindigkeitsprüfungen)
- Boxwettkämpfe
- Catch-as-catch-can
- Fullcontact-Wettkämpfe (z.B. Kickboxen)
- Karate extrem (Zertrümmern von Back- oder Ziegelsteinen oder dicken Brettern mit Handkante, Kopf oder Fuss)

- Motocrossrennen inkl. Training auf der Rennstrecke
- Motorbootrennen inkl. Training
- Motorradrennen inkl. Training
- Abfahrtsrennen mit Mountain- oder City-Bikes inkl. Training auf der Rennstrecke
- Ski-Geschwindigkeitsrekordfahrten
- Tauchen in einer Tiefe von mehr als 40 m
- Hydrospeed oder Riverboogie (Wildwasserfahrt, bäuchlings auf Schwimmbob liegend)
- Snow-Rafting (Schlauchbootfahrten auf Skipisten).

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend. Sie kann jederzeit aus verschiedenen Gründen geändert werden, wie z.B. durch die technische Entwicklung einer Sportart bzw. Aktivität, beim Erscheinen neuer Sportarten und Aktivitäten oder durch die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes. Bei neueren Trendsportarten bzw. -aktivitäten ist es empfehlenswert, sich bei der Suva oder einer anderen Unfallversicherung nach dem Ausmass der Versicherungsleistungen bei einem Schadenfall zu erkundigen. Ebenfalls mit einer Kürzung der Geldleistungen nach Art. 39 UVG um 50 Prozent muss rechnen, wer bei einer an sich voll gedeckten Sportart die sportüblichen Vorschriften oder Vorsichtsgebote in schwerwiegender Weise missachtet, etwa beim Fliegen mit einem Hängegleiter bei sehr ungünstigen Wetterverhältnissen (starke Böen, Föhnsturm), Hochseesegeln, Kanu- und Kajakfahrten unter extremen Verhältnissen.

Jeder Sport kann extrem ausgeübt werden

Was ist nun also eine «Risikosportart»? Gemäss Studien, welche die Verletzungshäufigkeiten von Trendsportarten untersucht haben, finden sich keine einheitlichen Aussagen, welche Sportarten letztendlich dem sog. Risiko- oder Extremsport zuzuordnen sind.⁵ Grundsätzlich kann jede Sportart extrem ausgeübt werden. Deshalb ist bei der Verwendung des Begriffs «Extremsport» Zurückhaltung angezeigt. So kann eine an sich ungefährliche Abfahrt mit einem Downhill-Trottinett auf einem gut ausgebauten Weg zu einem Wagnis werden, wenn sämtliche Vorsichtsregeln – z.B. bezüglich Geschwindigkeit – missachtet werden. Insgesamt werden trendige Abenteuersportarten von relativ wenigen Leuten ausgeübt, oft nur sporadisch und für



kurze Zeit. Absolut gesehen ereignen sich bei diesen Tätigkeiten relativ wenige Unfälle.

Massgebend ist demnach nicht allein die Tätigkeit, sondern auch die Art und Weise, wie man sie ausübt. Allein die 114 000 Unfälle im eigenen Haus oder in der Wohnung, z.B. bei Gartenarbeiten oder beim Fensterputzen, verursachen jährliche Kosten von 400 Millionen Franken. Auch hier gilt: Unfälle sind nicht Schicksal, Unfälle sind vermeidbar. Voraussetzung ist, das Risiko richtig einzuschätzen.

Freizeit ohne Risiko

Niemand kann uns hindern, unsere arbeitsfreie Zeit nach eigenem Gutdünken auszufüllen. Doch dabei sollte das Risiko richtig eingeschätzt werden. Die Suva und weitere Organisationen setzen sich für ein risikoarmes Verhalten in der Freizeit ein. Selbst die Arbeitgeber sind nicht machtlos. Denn es zeigt sich, dass Mitarbeiter von Betrieben, die über einen hohen Sicherheitsstandard verfügen, weniger Freizeitunfälle haben als solche in Betrieben, in denen das Sicherheitsbewusstsein noch nicht so ausgeprägt ist.

- 1 Quelle: statistik.info 10/2004, Kanton Zürich in Zahlen.
- 2 Neueste verfügbare Zahl: Unfallstatistik UVG (3,5 Mio. Versicherte). Unfälle von nicht Erwerbstätigen sind in der UVG-Statistik nicht erfasst.
- 3 Unfallstatistik UVG, Unfall 1998 mit Kostenstand 2002 (Hochrechnung, basierend auf einer 5-Prozent-Stichprobe).
- 4 Dr. Stefanie Grabner, Sportwissenschaftlerin, Bonn: Stabhochsprung – eine Risikosportart. Referat am 3. Dreiländerkongress Schweiz – Deutschland – Österreich «Sport – mit Sicherheit mehr Spass», Magglingen, 19.–21. September 2004.
- 5 Dr. med. Ottmar Gorschewsky, Chefarzt Sportorthopädie Bern: Extremsport – sportorthopädisch/traumatologische Relevanz? Eine Übersicht. Referat am 3. Dreiländerkongress Schweiz – Deutschland – Österreich «Sport – mit Sicherheit mehr Spass», Magglingen, 19.–21. September 2004.

Relevanz der (F)Alten

Ausstellung «Sechsendsechzig»

Silvia Scheuerer

In einer grossen Sonderschau thematisiert das Baselbieter Kantonsmuseum das Potential und die Perspektiven des Alters.

Zwei rote Linien ziehen sich elegant über ein schwarzes, von 0 bis 104 nummeriertes Raster. Zusammen zeichnen sie die Form einer etwas bizarren Flamme nach: unten schmal, in der Mitte bauchig und gegen oben auslaufend. Betitelt ist das Bild mit «Bevölkerungspyramide von Basel-Stadt und von Baselland». Diese Flamme ist also



Foto: Andreas Zimmermann

eigentlich eine Pyramide. Dass sich Form und Titel nicht immer einig sind, ist für die Kunst nichts Ungewöhnliches. Für die Statistiker/innen aber, in deren Bericht das beschriebene Bild jährlich erscheint, ist es höchst beunruhigend, wenn sich die Zahlen der Bevölkerung nicht mit dem gegebenen Modell einer Pyramide decken. Der Grund für die ärgerliche Formabweichung ist schnell benannt: das Alter.

Veraltete Vorstellungen

Zugegeben, das Alter lehnt sich auf besagtem Bild bedrohlich weit über das etwas angefressene Fundament der Gesellschaftspyramide hinaus und stellt ein ziemlich instabiles Gebilde dar. Statistisch gesehen ist das Alter also eine Gefahr für die Form unserer pyramidalen Gesellschaftsvorstellung, weil es zu auslaufend geworden ist. Unterstützt wird die

Sorge der Statistik durch die heissen Diskussionen über die Finanzierbarkeit der AHV, über Frühpensionierungen, über steigende Pflegekosten etc. «Alt» ist zum Synonym für krank, unproduktiv, einsam, kurz: zum Inbegriff eines schlechten Lebensgefühls geworden. In einer Gesellschaft, die sich über die Straffheit der Haut definiert und sich im «Kampf gegen das Altern» bereitwillig unters Messer legt, ist das Alter nicht gern gesehen. Es ist, wie es die Statistik zeigt, zu einer Problemzone unseres Gesellschaftskörpers geworden: Alt werden ist lästig. Alt sein eine Last – oder gar ein Laster?

Um so paradoxer erscheint es nach dem ersten Blick, das Alter auszustellen, und das auch noch auf eine lustvolle Art und Weise, wie es sich die jungen Ausstellungsmacherinnen von «Sechsendsechzig. Eine Ausstellung zum Alt und Grau werden» vorgenommen haben. Schon der Titel lässt anklingen, dass es sich nicht um eine problembehaftete Ausstellung im Sinne statistischer Sorgen handelt. Vielmehr entlarven sich solche Vorstellungen über das Alter als problematisch. Schliesslich hat uns schon Udo Jürgens den Floh ins Ohr gesetzt, dass mit 66 Jahren das Leben erst anfängt. Biologisch gesehen beginnt der Alterungsprozess sowieso bei der Geburt, und laut Umfragen fühlen sich unsere älteren Mitmenschen alles andere als einsam oder krank und sind auch nach der Pensionierung zum Teil höchst produktiv.

Neue Ansätze

Es geht also zunächst darum, alte Vorstellungen von dem Thema zu erschüttern, indem in einem breiten Spektrum die heutige Situation aufgezeigt wird. Anhand verschiedener Lebensmodelle und



Foto: Angelo Ludin

Lebensgeschichten älterer Menschen aus der Region, die in Form von Interviews und vielen Bildern skizziert werden, drängt sich die Frage nach den Gründen des veralteten Bildes unserer Gesellschaft über diesen Lebensabschnitt auf. Finden die Aktivitäten der Älteren wenig Beachtung, weil sie sich meist im Freiwilligensektor bewegen oder weil sie vorwiegend weiblich sind? Solche und andere Fragen werden u.a. im Rahmenprogramm zur Ausstellung in Form von Podiumsdiskussionen, einer Filmreihe, einer Festivalwoche im September und in der Begleitpublikation «Ganz schön alt» zur Sprache kommen. Entlassen wird das Publikum in einem Visionenraum, in dem ein Blick in die Zukunft gewagt wird. Spätestens dort wird klar, dass an dem Thema Alter niemand vorbeikommt, dass Altwerden aber durchaus sinn- und reizvoll sein kann und dass das Alter Potentiale hat, die es dringend wahrzunehmen und zu nutzen gilt. Durch diesen Perspektivenwechsel gelingt es vielleicht, die Bevölkerungsstatistik 2005 nicht mehr sorgenvoll als defizitäre, bröckelnde Pyramide zu bedauern, sondern genüsslich als rote Flamme zu lesen.

«Sechsendsechzig. Eine Ausstellung zum Alt und Grau werden»: Fr 20.5., 18.30 (Vernissage) bis 27.8.2006, Museum Baselland, Liestal
 Publikation: «Ganz schön alt», ein Lesebuch.
 Hg. Claudia Pantellini/Museum.BL, Christoph Merian Verlag, 160 S., 20 Abb., kt., Fr. 29.–

Programmzeitung: Kultur im Raum Basel

Die Programmzeitung nimmt Sie monatlich mit auf eine Reise durch die Kinos, Theater, Konzerte und Ausstellungen im Raum Basel. Seit über 17 Jahren berichtet die einzige unabhängige Kulturstimme der Region engagiert über kulturelle Menschen, Orte und Anlässe. Die Veranstalter präsentieren ihre Programme in übersichtlicher Form, und in der Agenda erwarten Sie jeden Monat über 1000 Ausgetips. Mit der Programmzeitung früher wissen, was wann wo läuft.

Bestellen Sie ein Probeabo (3 Ausgaben für Fr. 10.–) oder gleich ein Jahresabo (Fr. 69.–) direkt bei:
Programmzeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel
 T 061 262 20 40, F 061 262 20 39, abo@programmzeitung.ch, www.programmzeitung.ch

Durchimpfung in der Nordwestschweiz

Dr. D. Schorr, Kantonsarzt BL

Bei Schuleintritt, dem kritischsten Zeitpunkt für die Impfprophylaxe, erreicht ein Drittel der Kinder in der Schweiz nicht einmal die bescheidenste Impfquote. In den beiden Basel sieht die Situation eher noch ungünstiger aus. Mit erneuten Ausbrüchen von Masern oder Mumps muss deshalb gerechnet werden.

Die Epidemiologie der Infektionskrankheiten, gegen die in der Schweiz routinemässig geimpft wird, verändert sich laufend. Vor allem die klassischen Kinderkrankheiten treten immer seltener auf und treffen zudem vermehrt erwachsene Menschen. Dieser Wandel ist bedingt durch die (wegen der Impfungen und der sinkenden Kinderzahl) schrumpfende «suszeptible Bevölkerung», also die Menschen, die überhaupt für eine bestimmte Infektion empfänglich sind und die Erreger replizieren und verbreiten können. Auch die modernen Wohnverhältnisse, der Wechsel von der Gross- zur Kleinfamilie und die geänderten Freizeitaktivitäten von Kindern tragen dazu bei, dass Infektionen weniger leicht von einem Kind zum anderen weitergegeben werden können.

So erfreulich diese Entwicklung ist, sie birgt die Gefahr, dass, vor allem bei ungenügender Durchimpfung, eine Kohorte von empfänglichen Personen heranwächst und damit die Gefahr einer Epidemie der betreffenden «Kinder»-Krankheit wieder steigt. Dem Monitoring der Durchimpfung kommt deshalb grosse Bedeutung zu. Bund und Kantone messen denn auch im Abstand von mehreren Jahren regelmässig die Impfquoten bei Kleinkindern, Schulbeginnern und Schulabgängern. Dazu wird von einer zufälligen Stichprobe von Eltern Einsicht in den Impfausweis des Kindes erbeten. In der Nordwestschweiz findet zur Zeit eine derartige Erhebung statt, allerdings aus arbeitstechnischen Gründen in den verschiedenen Kantonen gestaffelt. In Basel-Stadt erfolgt sie zum Teil über den Schulärztlichen Dienst.

Erst im April 2005 ist der Schlussbericht der vorangegangenen Studie 1999–2003

veröffentlicht worden. Die Resultate verdienen es, genauer betrachtet zu werden. Wird der offizielle damalige Impfplan als Messlatte verwendet, so müssten die Kinder bei Schuleintritt vier Dosen DTP und Polioimpfstoff sowie drei Dosen Hib und eine Dosis MMR erhalten haben. Diesen «44443111-Status» erreichten in der gesamten Schweiz aber nur 49% aller Kinder. In Basel-Stadt lag die Rate bei 29% und in Basel-Landschaft bei 36%. Die gesamte Nordwestschweiz (BS, BL, SO, AG) erreichte wegen der durchwegs besseren Impfquoten des Kantons Aargau 47%. Wird statt dieses offiziellen Impfzieles das bescheidene, minimale WHO-Ziel von «33333111» verwendet, so ergeben sich folgende Resultate: CH 69%, NW-CH 67%, BS 62%, BL 68%. Bei Schuleintritt, dem kritischsten Zeitpunkt für die Impfprophylaxe, erreicht also rund ein Drittel der

Kinder in der Schweiz nicht einmal das bescheidenste Schutzniveau, und in den beiden Basel sieht die Situation noch düsterer aus.

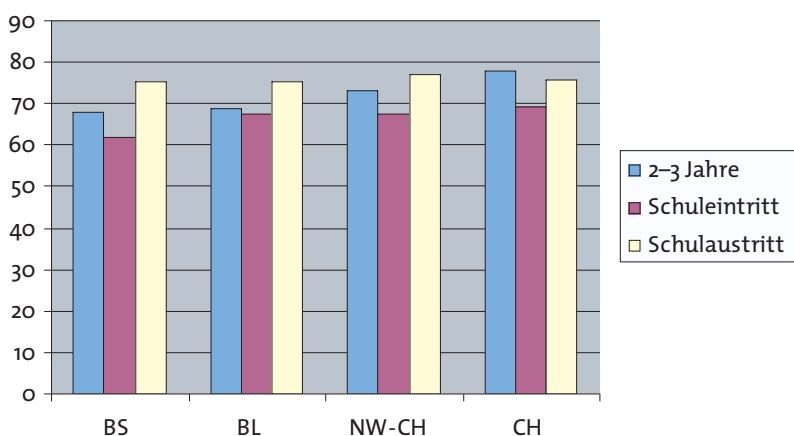
Die anderen beiden Altersgruppen, die untersucht wurden, stehen nicht viel besser da. Bei den Kleinkindern erreichen in der NW-CH 73% das «33333111-Niveau» (BS 68%, BL 69%) und bei den Schulabgängern ohne Hib 77% (BS 76%, BL 78%). Bei den 15-jährigen wäre allerdings schon ein «5535222-Status» zu wünschen. Die Raten: CH 41%, NW-CH 46%, BS 57%, BL 29%.

Betrachtet man die einzelnen Impfungen, so wird rasch klar, dass zwei Gründe für die schlechte Durchimpfung verantwortlich sind. Während die Raten für DTP und Polio durchaus befriedigend (Tabelle 1), liegt die Rate für Hib deutlich hinter den Erwartungen. Dieser Impfstoff

Kleinkinder (2–3 Jahre)				
Impfung	BS	BL	NW-CH	Schweiz
Di 3 Dosen	94,7	95,4	95,4	95,4
Te 3 Dosen	95	96,4	96	95,9
Pol 3 Dosen	94,6	94,6	94,1	95,3
Per 3 Dosen	90,4	89,8	91,8	92,9
Hib 3 Dosen	87,8	86,3	89,5	91,1
Mas 1 Dosis	78,5	75,5	80,1	82,3
Schulbeginnern				
Impfung	BS	BL	NW-CH	Schweiz
Di 3 Dosen	96,8	95,8	96,8	97,1
Te 3 Dosen	96,8	96,3	96,9	97,3
Pol 3 Dosen	96,7	95,3	96,6	97
Per 3 Dosen	82,1	82,1	87,3	88,9
Hib 3 Dosen	81,4	74,2	78,6	78,3
Mas 1 Dosis	88,9	85,2	87,5	88,4
Schulabgänger				
Impfung	BS	BL	NW-CH	Schweiz
Di 4 Dosen	85,1	88,5	88,2	90,2
Te 4 Dosen	85,5	88,8	88,5	90,5
Pol 3 Dosen	93,5	90,4	91,1	93
Per 3 Dosen	80,8	81,9	81,2	82,5
Hep 2 Dosen	71	59,8	42,7	40,8
Mas 1 Dosis	95	92,2	95,3	93,8

Tabelle 1: Impfquoten in % für minimale Impfziele, Nordwestschweiz 1999–2003

Kinder mit mindestens minimalem Impfschutz Nordwestschweiz 1999–2003



Minimaler Impfschutz für Kinder von 2–3 Jahren und bei Schuleintritt: Di, Te, Per, Pol, Hib, M, M, R: 33333111 Dosen. Bei Schulaustritt (ohne Hib) 4434111 Dosen.

war erst kurz vor Geburt der untersuchten Schulbeginner auf dem Schweizer Markt eingeführt worden. Nach Aufnahme in den Impfplan dauert es erfahrungsgemäss einige Jahre, bis eine

neue Impfeempfehlung umfassend umgesetzt wird. In der neuesten Erhebung wird ein besserer Wert erwartet. Keine solche Verbesserung ist für Masern oder die beiden anderen MMR-Komponenten

zu erwarten. Vor diesem Hintergrund erstaunen die Mumps- und Masernausbrüche der vergangenen Jahre nicht. Zur Zeit werden übrigens in Baselland (sowie in der Romandie und im Kanton Bern) erneut Masern beobachtet. Seit Jahresbeginn wurden fünf bestätigte Fälle gemeldet. Die Voraussetzung für eine Ausbreitung ist also gegeben. Zuletzt noch ein Blick auf die Hepatitis-B-Impfungen bei Schulabgängern. Mit 41% für zwei Dosen in der ganzen Schweiz liegt der Messwert weit hinter den Erwartungen (NW-CH 43%, BS 71%, BL 60%), wobei noch optimistisch angenommen wird, dass gesamtschweizerisch ein Zweidosen-Impfstoff angewendet worden ist. Die neue Untersuchung wird zeigen, ob der Trend in Richtung Zu- oder Abnahme geht.

Aus dem Vorstand BS

Gast im Vorstand: **PD Dr. R. Bingisser**

Der Vorstand hat sich bezüglich der Nachfolge von L. T. Heuss, welcher per 7. April aus dem Vorstand ausgetreten ist, Gedanken gemacht. Gesucht wurde ein leitender Spitalarzt/eine leitende Spitalärztin, welcher/welche mit den Niedergelassenen in nahem Kontakt steht und im Vorstand die Interessen der Spitalärztinnen und -ärzte vertreten soll. An die letzte Vorstandssitzung wurde PD Dr. R. Bingisser eingeladen, er würde dem Anforderungsprofil des Vorstandes vollumfänglich entsprechen und hat auch schon Interesse an der Arbeit im Vorstand bekundet. Er wird nun aber zunächst an ein paar Sitzungen teilnehmen und danach definitiv über seine Mitwirkung im Vorstand entscheiden. Die Zuständigkeitsbereiche innerhalb der Vorstandsmitglieder wurden folgendermassen verteilt:

- Präsidium/Gesundheits- und Berufspolitik: Dr. F. Eymann
- Versicherungen/Tarife: Dr. R. Marelli
- Fortbildung: Dr. M. Redlich
- Dienstleistungen: Dr. U. Lüscher a.i.
- Mitgliedschaftswesen: Dr. P. Gallacchi
- Kommunikation: Dr. A. C. Guex
- Finanzen: Dr. U. Lüscher

Mitgliederversammlung **vom 7. April 2005**

Die diesjährige MV fand im Rehab Basel statt. Die Mitglieder konnten sich bei einem Apéro auf die ordentlichen Verbandsgeschäfte einstimmen. Nach der erfreulicherweise sehr kurzen MV wurden Interessierte durch das neue Gebäude des Rehab geführt. Der Tenor war sehr positiv, die Führung sehr interessant. Wir möchten an dieser Stelle Frau C. Frey und

Herrn O. Bachmann herzlich für die Gastfreundschaft im Rehab danken.



Claudia Frey



Felix Eymann mit Othmar Bachmann

a.o. Mitgliederversammlung **am Dienstag, 21. Juni 2005**

Kaum ist die ordentliche MV vorbei, wird schon die nächste a.o. MV geplant: Am Dienstag, 21. Juni, findet um 19 Uhr eine a.o. Mitgliederversammlung im Bethesda-Spital statt (ab 18 Uhr Führung durch den Skulpturenpark inkl. Apéro im Bethesda-Spital). Die MV wird sich ausschliesslich mit der Thematik «Kostenneutralität – wie weiter?» befassen. Bitte merken Sie sich das Datum vor, die Einladungen werden demnächst versendet.



Drogenkommission – **Rat der Weisen**

Die bisherige Drogenkommission wurde schon vor einiger Zeit aufgelöst. Der Vorstand hat nun beschlossen, einen sog. «Rat der Weisen» einzuberufen, welcher sich mit Suchtfragen auseinandersetzen soll. Als Präsident wurde Prof. Wiesbeck von der Psychiatrischen Universitätsklinik eingesetzt. Des weiteren wurden Dr. Bally sowie Dr. Nüscher gewählt. Der Vorstand möchte zusätzlich noch einen Pädiater in diesen Rat wählen, Interessierte sollen sich doch bei ihrem Obmann, Dr. A. Amacher, melden.

Veranstaltung Gemeindespital **Riehen vom Donnerstag, 23. Juni 2005**

Das Gemeindespital Riehen nimmt das Jahr des Sports zum Anlass, die diesjährige Fortbildungsveranstaltung einmal anders zu gestalten: Die Ärzte werden keinen Vortrag hören, sondern selbst aktiv sein. Man wird sich am Donnerstag, 23. Juni 2005, um 18.00 Uhr bei schönem Wetter auf dem Tennisplatz Grendelmatte in Riehen treffen, um unter professioneller Leitung Tennis zu spielen und zu joggen. Bei schlechtem Wetter trifft man sich auf dem Sportplatz Grendelmatte im Zelt. Die Veranstaltung findet bei jeder Witterung statt. Anschliessend an die sportlichen Aktivitäten wird mit Grillspezialitäten für das leibliche Wohl gesorgt. Details dazu wurden mit separater Einladung an die Mitglieder der MedGes versandt.

40 Jahre Medizinische Notruf- **zentrale MNZ! 061 261 15 15**

MNZ! 061 261 15 15
MEDIZINISCHE NOTRUFZENTRALE
FÜR BASEL STADT, BASELSTADT, BASELSTADT, BASELSTADT (UND DAS UMFERENDE)

*1 Nummer
für alle Fälle!*

Die MNZ feiert dieses Jahr ihren 40. Geburtstag. Es wurde eine kleine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich bezüglich der Geburtstagsaktivitäten Gedanken machen wird. Die Aktionen werden voraussichtlich im Herbst laufen.

Aus dem Vorstand BL

HWS – MPA-Einführungskurs

Der Vorstand hat das Verhandlungsergebnis der gemeinsamen Verhandlungsdelegation MedGes/AeGBL mit der HWS (Huber Widemann Schule) Basel zustimmend zur Kenntnis genommen. Demnach soll ein neuer Vertrag mit der HWS Basel betreffend den Einführungskurs für MPA abgeschlossen werden. Dieser sieht eine Erhöhung des Schulgeldes vor, um welche zäh gerungen worden war. Gründe für die Erhöhung sind hauptsächlich die Führung zweier verschiedener Ausbildungszüge (normaler Kurs und «Pilotkurs» mit weitgehendem Absolvieren des Schulunterrichtes im ersten Lehrjahr), das neue Ausbildungsreglement (Erweiterung der Ausbildung in Röntgen und Allgemeinbildung) sowie die seit 1997 aufgelaufene Teuerung. Der neue Vertrag muss vor Inkraftsetzung von den Vorständen beider Ärztesellschaften genehmigt werden.

Generalversammlung der Ärztesgesellschaft Baselland vom 2.6.2005

Am 2. Juni 2005 fand die Frühjahrsver-

sammlung der Ärztesgesellschaft Baselland statt. Wichtigste Traktanden waren neue Notfalldienstregelungen (u.a. Änderung des Dispensationsreglements)

Veranstaltungen

Med-Indoors Tennisturnier 2005 der MedGes Basel-Stadt und der Ärztesgesellschaft Baselland

Für die Organisation:

*Dr. med. Urs Marti/MedGes Basel-Stadt,
Dr. med. Walter Seelig/Ärztesgesellschaft Baselland,
Daniel Eberle/ROCHE Pharma Schweiz*

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen
Auch in diesem Jahr führen wir das partnerschaftliche Tennisturnier der beiden Ärztesgesellschaften BS und BL durch. Damit Sie den Termin frühzeitig vormerken können, teilen wir mit, dass die Veranstaltung am

Samstag, 5. November 2005

und die Nachfolgeregelung des kantonalen Tarifvertrags nach dem Ende der Tarmed-Kostenneutralitätsphase. Unsere Mitglieder werden darüber separat informiert werden (siehe auch interner Teil der Website www.aerzte-bl.ch). Das Passwort für diese CUG ist im Sekretariat erhältlich).

vorgesehen ist. Wie jedes Jahr findet das Turnier im Tenniscenter Paradis in Allschwil statt. Wir beginnen um 13.30 Uhr mit der Verlosung und führen anschliessend das Plauschtturnier mit den wechselnden und gemischten Spieler-/Spielerinnen-Paarungen durch. Den Anlass beschliessen wir mit einem gemeinsamen Nachtessen ab 19.00 Uhr. Die detaillierte Ausschreibung erfolgt in der Synapse vom August 2005.



Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

Dr. med. Tobias Eichenberger (te),
Facharzt für Urologie FMH

Dr. med. Ch. Itin (ci), Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH, Redaktor Fortbildungskalender

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

Frau Dr. med. Alexandra Prünke (ap),
Fachärztin für Ophthalmologie FMH

Dr. med. Lukas Wagner (lw),
Facharzt für Allgemeine Medizin FMH

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

pharma media promotion, K. Hess
Lättichstrasse 6, 6342 Baar 2
Tel. 041 760 23 23

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:
23.6.2005



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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

