



Erklärung von Helsinki – überarbeitet 2000, klarifiziert 2001

Prof. Dr. med. B. Truniger, Luzern

Die Deklaration von Helsinki (DvH), seit 1964 mehrfach überarbeitet, ist eine weltweit anerkannte Sammlung von Prinzipien, die das ethische Verhalten in der Forschung am Menschen definiert und untermauert (1). Die World Medical Association (WMA) hat im Jahre 2000 auf Anstoss der American Medical Association (AMA) eine weitere Überarbeitung der DvH vorgelegt (2). Die wesentlichsten Änderungen gegenüber früheren Fassungen waren – neben andern, ebenfalls bedeutsamen – die folgenden:

Art. 9 der Einleitung erinnerte daran, dass ethische und gesetzliche Anforderungen und Verordnungen des Landes, in dem die klinischen Studien durchgeführt werden sollen, zu berücksichtigen sind, dass sie aber keinesfalls die internationalen Anforderungen der DvH einschränken oder aufheben dürfen.

Art. 19 forderte «distributive justice» (gerechte Verteilung von Lasten und Nutzen). Die Studienpopulationen sollen damit eine angemessene Chance haben, von den Studienresultaten Nutzen zu ziehen.

Mit Art. 29 hielt die WMA an ihrer Formulierung in Bezug auf die Vergleichsgruppen in den klinischen Studien («the best prophylactic, diagnostic or therapeutic methods») fest. Sie beschränkte die Verwendung von Placebos auf Studien, in denen keine bewiesene prophylaktische, diagnostische oder therapeutische Vergleichsmethode existiert.

Die Artikel 9 und 19 haben offensichtliche Auswirkungen auf klinische Studien in Entwicklungsländern und wurden dementsprechend nicht überall begrüsst. Art. 29 ist schon im Vorfeld der Überarbeitung der DvH auf härteste Kritik gestossen. Wieder-

→ Fortsetzung Seite 3

- Partnerschaftliche Universitätspolitik 4
- Aktuelle Forschung 8
- Praxisklinik Rennbahn in Muttenz 10
- Fähigkeitsausweis Praxislabor 11
- UKBB 12
- Der Fall aus der Praxis 12
- Aus dem Vorstand 13
- Fortbildungen 14

Editorial

Ärzte – die Neinsager der Nation?

Liest man die Presseschlagzeilen der vergangenen Jahre, qualifizieren wir Ärzte uns zu ewigen Neinsagern – Nein zur Aufhebung des Kontrahierungszwanges, Nein zum Guide Santé, Nein zu mehr Transparenz in der Tarifpolitik, Nein zu Änderungen in der Medikamentendistribution, Nein zum Einsichtsrecht in die Krankengeschichte, Nein zu fairen Regelungen bei Haftpflichtfällen usw. Immer sind hinter diesen «Neins» triftige Gründe zu finden, häufig sind diese «Neins» Antworten auf Druckversuche aus der Öffentlichkeit, der Politik und den Medien, immer mehr und immer bessere Leistungen für immer weniger Geld zu bekommen. Alles nur halb so schlimm – das Volk billigt uns ja gemäss allen verfügbaren Studien höchste Fachkompetenz zu. Auf diesen Lorbeeren liesse sich gut ausruhen. Dennoch habe ich den Eindruck,

dass wir zu wenig tun, um unser Neinsager-Image abzustreifen, dass wir uns zu sehr von unserer eigenen Nabelschau leiten lassen: die gleichen Studien, die uns allerhöchste Fachkompetenz attestieren, zeigen auch, dass wir es nicht fertig bringen, die gleich hohen Fertigkeiten zu entwickeln, um unsere Anliegen – und auch die Bedürfnisse unserer Praxen und Kliniken – in der Öffentlichkeit offen und ehrlich darzustellen und zur richtigen Zeit über die richtigen Dinge zu informieren. Der direkte Weg ist häufig der kürzeste – wir können diesen nutzen, wenn wir über unsere – auch standespolitischen – Anliegen mit unseren Patienten, aber auch mit unseren Verwandten, Nachbarn, Vereinskollegen, Dorf- und Kantonspolitikern reden, ohne nur immer «nein» zu sagen, sondern auch zuhören, welche Wünsche sie an uns richten!

Dr. med. F. Rohrer

um standen geplante Studien in Entwicklungsländern und finanzielle Interessen im Vordergrund der Argumente.

Nun dringt (vorerst gerüchteweise) durch, dass die WMA ihre Regeln zur Verwendung von Placebos im klinischen Versuch «klarifiziert» habe (3), in dem Sinne, dass Placebos unter folgenden Bedingungen «ethisch akzeptabel» sein sollen:

- «Wenn zwingende und wissenschaftlich einwandfreie methodologische Gründe die Verwendung von Placebos für den Nachweis der Wirksamkeit und Sicherheit prophylaktischer, diagnostischer oder therapeutischer Methoden notwendig machen; oder

- wenn es um die Überprüfung einer prophylaktischen, diagnostischen oder therapeutischen Methode für ein banales Problem geht und die Patienten im Placebo-Arm keinem zusätzlichen Risiko ernsthafter oder irreversibler Nachteile unterworfen sind.»

Die Direktorin des Medical Research Council wird mit der Aussage zitiert, «dass die «Klarifikation» noch immer nicht sehr klar sei, dass aber zumindest klar gestellt werde, dass die Verwendung von Placebos nicht länger völlig unakzeptabel ist». Der ersten Hälfte ihrer Aussage ist zuzustimmen. Zur zweiten Hälfte wäre zu bemerken, dass das einerseits schon in der Formulierung 2000 der DvH klar war und dass andererseits die Lockerung als unerfreuliches Resultat «ungenannt sein wollender» mächtiger Einflussgruppen interpretiert werden muss. –

Nur Mut! Das wird nicht die letzte Fassung sein. Zu hoffen bleibt allerdings, dass die Verwässerung keine Fortschritte macht!

Literatur

- 1) Vallotton M und Truniger B. Erklärung von Helsinki überarbeitet – Gewinn oder Verlust? Schweiz Med Forum 2001; 1: 125-6
- 2) World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Schweiz Med Forum 2001; 1: 130-2
- 3) Ferriman A. World Medical Association clarifies rules on placebo controlled trials. Br Med J 2001; 323: 825

LEIMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

Tel.: 061 723 14 00 • Fax: 061 723 15 00

leimapharm@datacomm.ch

Partnerschaftliche Universitätspolitik im Dschungel der Finanzströme

*Dr. med. Roland Schwarz, Muttenz,
Präsident Ärztesellschaft BL*

Dürfen wir weiterhin auf die Leistungen einer universitären Spitzenmedizin in der Region Basel vertrauen, wenn jemand z.B. an einer Leukämie erkrankt oder wenn die Nieren mit ihrer wichtigen Funktion versagen? Nur eine in der Region verankerte Universität mit einer gut funktionierenden Medizinischen Fakultät kann dies weiterhin gewährleisten. Im kürzlich erfolgten Beschluss über die Eckwerte einer gemeinsamen Spitalpolitik haben die Regierungen beider Basel die Wichtigkeit einer Medizinischen Fakultät erneut bekräftigt.

Universitäre Medizin besteht jedoch nicht nur aus komplexen medizinischen Dienstleistungen am Patienten im Spital. Sie hat wichtige Aufgaben in der Lehre, bei der Ausbildung von Medizinstudentinnen und -studenten und bei der Weiterbildung zu Fachärztinnen und -ärzten. Um die erforderliche Qualität in der medizinischen Betreuung und in der Lehre wirklich zu erreichen, braucht es eine medizinische Forschung. Drei Forschungsbereiche sind hier

zu nennen: erstens naturwissenschaftliche Grundlagenforschung (z.B. Erbsubstanz des Menschen), zweitens klinisch angewandte Grundlagenforschung und drittens patientenorientierte Forschung (Diagnostik, Therapie und Prävention). Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass heutzutage Forschung nur noch weltweit in Zusammenarbeit und im Wettbewerb mit anderen Universitäten und Institutionen – hier ist auch unsere forschende Pharmaindustrie in Basel zu nennen – betrieben werden kann. Eine Bescheidung auf gewisse Schwerpunktbereiche ist ebenso sinnvoll wie notwendig.

Die hohen Kosten – der hohe Nutzen wird weniger häufig erwähnt – einer universitären Medizin stehen notgedrungen immer wieder im Brennpunkt der Finanzpolitik. Gerade in der Diskussion um den «Universitätsvertrag BL» und einer «Gemeinsamen Spitalpolitik BL+BS» stellt sich immer wieder die Frage: «Welcher Franken wird wozu verwendet?» Der Umstand, dass die Medizinische Fakultät Teil der autonomen Universität Basel ist, der grösste Anteil der eigentlichen Fakultätsaufgaben jedoch in den staatlichen Kantonsspitalern er-

bracht wird, ergibt ein kompliziertes Netz von Verflechtungen. Klarere Führungsstrukturen, z.B. durch eine Entflechtung des «universitären Auftrages (Lehre und Forschung)» von der Dienstleistung im Spital mit der damit verbundenen Trennung der finanziellen Mittel und Kompetenzen in der Hand einer neustrukturierten Medizinischen Fakultät, könnten die geforderte Transparenz der Finanzströme verbessern. Die Effizienz der in Lehre und Forschung eingesetzten Mittel würde damit ebenfalls erhöht.

Es ist deshalb zu begrüßen, dass im obgenannten Beschluss der beiden Basler Regierungen zur Spitalpolitik auch «die universitäre Lehre und Forschung im Rahmen des Universitätsvertrages gemeinsam zu tragen und finanziell von den übrigen Dienstleistungen zu trennen» ist.

Wie steht es mit der Umsetzbarkeit dieser politischen Forderung aus der Sicht eines Klinikchefs? Dazu mehr im Interview mit Prof. Dr. med. Reto Krapp, Chefarzt der Medizinischen Universitätsklinik Kantonsspital Bruderholz.

«Teilweise werden Dienstleistungen über Forschungsgelder finanziert»

*Prof. Reto Krapp zur Entflechtung von
Lehre/Forschung und Dienstleistung*

Kürzlich haben die Regierungen der beiden Basel ein klares Bekenntnis zu einer gemeinsamen medizinischen Fakultät abgegeben. Als eine Zielvorgabe formulierten sie, die universitäre Lehre und Forschung im Rahmen des Universitätsvertrags gemeinsam zu tragen und finanziell von den übrigen Dienstleistungen zu trennen. Macht diese Entflechtung Sinn?

Prof. Krapp: In allen Universitätskantonen sind die Geldströme in den öffentlichen Spitalern wenig transparent, da unklar ist,

wie viele Prozente des Gesamtbudgets auf Lehre und Forschung entfallen. Ich gehe davon aus, dass es weniger sind, als allgemein angenommen. Das hat für die Dienstleistung Vor- und Nachteile. Teilweise alimentierten Lehre und Forschung die Dienstleistung, weshalb Administration und staatliche Verwaltungen bisher wenig Interesse zeigten, Transparenz zu schaffen, denn die Staatshaushalte würden letztlich über die Dienstleistungen stärker belastet.

Bisher wurde angenommen, der Anteil Lehre und Forschung an der Dienstleistung betrage rund 20 Prozent. Das Bundesamt

für Statistik spricht neuerdings von 12 Prozent. Wo liegt die Wahrheit?

Im Kanton Basel-Stadt werden Dienstleistungen über Forschungsgelder finanziert. Über die Höhe kann ich nichts sagen, sie ist wohl auch unterschiedlich: Bei einer komplexen Technologie wie Knochenmark-Transplantation, wo zahlreiche Mediziner aus unterschiedlichsten Bereichen engagiert sind, ist der Anteil Forschung grösser als anderswo. Das Baselbiet ist da weniger betroffen. Zwar besitzen einige Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz das Label «universitär», ohne allerdings vom

→ Fortsetzung Seite 6

Staat die nötigen Ressourcen für den universitären Leistungsauftrag zu erhalten. Der Anteil Lehre und Forschung liegt unter einem Prozent.

Wenn Sie keine staatlichen Gelder erhalten, woher nehmen Sie dann die Mittel für die Forschung?

Wir haben ein Gentleman's-Agreement mit dem Kantonsspital Bruderholz. Es stellt uns Räume in der Personal-Wohnsiedlung für eine metabolische Station zur Verfügung. Vertragsgemäss hätten wir seit 1998 Anspruch auf Laborflächen im Zentrum für Lehre und Forschung (ZLF) in Basel. Im Frühling 2002 sollen wir wenigstens 30 Quadratmeter erhalten. Letztlich finanzieren wir unsere Forschung ausschliesslich über Drittmittel (Privathonorare, Stiftungen und Nationalfonds). Im Moment laufen vier Nationalfonds-Projekte an unserer Klinik.

Nun zahlt der Kanton Basel-Landschaft rund 10,8 Mio. Franken an die klinische Medizin. Wie viel davon fliesst in die Baseler Universitätskliniken zurück?

Salopp ausgedrückt handelt es sich um einen A-fonds-perdu-Beitrag. Wohin die Gelder fließen, weiss selbst der Kanton Basel-Landschaft nicht. Als die Medizinische Klinik des Bruderholzspitals universitär wurde, hat man eine zusätzliche Oberarztstelle und ein Sekretariat (50 Prozent) geschaffen. Vor zwei Jahren habe ich dem Kanton Basel-Landschaft vorgeschlagen, die Kliniken nicht bloss mit der Etikette «universitär» zu versehen, sondern über einen Sockelbetrag Starthilfe zu leisten, mit dem Zweck, dass der Kanton auch seine eigenen universitären Kliniken mit einem minimalen Beitrag unterstützen würde. Von den 10,8 Mio. Franken sehen wir nämlich gar nichts. Ich habe Qualitätskriterien erarbeitet und Erfolgskontrollen definiert. Ob der Vorschlag abschlägig oder positiv aufgenommen worden ist, kann ich nicht sagen. Ich habe noch keine Antwort erhalten ...

Der geringere Anteil Lehre und Forschung an der Dienstleistung hat direkte Auswirkungen auf die Rechnungslegung eines Spitalbetriebes und letztlich auch auf die von den Krankenkassen berechneten Tagespauschalen der Patienten. Ist nicht zu befürchten, dass die Krankenkassen-Prämien weiter steigen?

Unmittelbar Ja. Allerdings kann die Entflechtung auch zu einer heilsamen Reorganisation in einer Klinik führen. Ich stelle die Frage nach der Organisationsstruktur und den notwendigen Stellenprozenten. Man

muss sich fragen, weshalb die Kosten für einen Spitaltag in unserer Region um sage und schreibe einen Faktor 2 differieren können von ca. 600 Franken bis ca. 2100 Franken. Der Anteil Spitzenmedizin bewegt sich lediglich zwischen drei und vier Prozent aller Fälle. Es gibt Spitäler, und dazu zähle ich das Bruderholzspital, die die gleiche Leistung billiger und mit deutlich weniger Personal als andere erbringen. Wenn nun der Anteil Lehre und Forschung ausgewiesen wird, kann die Effizienz der Dienstleistung transparent verglichen und ein Spital dazu gezwungen werden, eine vernünftige Kostendeckung zu erwirtschaften. Bspw. stiegen in den letzten fünf Jahren gesamtschweizerisch die Stellen für Assistenzärzte um 50 Prozent an, das Patientengut hat bloss um 10 Prozent zugenommen. Der Mechanismus, der die Zunahme der Stellenprozente an das Defizit eines Spitals koppelt, verschärft diese Situation. Werden die tatsächlichen Kosten der Dienstleistungen transparent und vergleichbar, entsteht Druck auf das Spital, die Reorganisation an die Hand zu nehmen. Das wird schmerzhaft sein, auch für uns Klinikärzte, bringt aber auch zahlreiche Vorteile.

Wie ist die Trennung in einem Spital konkret umzusetzen?

In gewissen Bereichen bereitet dies kaum Probleme: Alles, was den Studenten-Unterricht betrifft wie Vorlesungen, praktische Kurse, Raumressourcen oder Unterrichtsmedien, ist eindeutig der Lehre zuzuweisen. Bei der Forschung gilt es, zwischen der Grundlagenforschung und der klinischen zu unterscheiden. Während die Kosten für die Grundlagenforschung klar berechenbar sind, verwischen die Grenzen zwischen klinischer Forschung und Dienstleistung. Ein Computer-Tomogramm bspw. kann im Forschungs-Protokoll vorgeschrieben sein, ist als Dienstleistung aber nicht unbedingt notwendig. Hier gilt es, aussagekräftige Schlüssel zu finden.

Ist die Entflechtung eine rein buchhalterische Angelegenheit, oder müsste sich die Organisationsstruktur der Medizinischen Fakultät ändern?

Das Budget für Lehre und Forschung müsste über die Fakultät verwaltet werden. Das wäre ein grosser Vorteil, weil die Fakultät autonom entscheiden kann. Sie würde sich beim resp. einem Kantonsspital einmieten oder einkaufen, träte also als Kunde auf. Selbstverständlich birgt dieses marktwirtschaftliche Modell auch Konfliktpotential, es liegt andererseits aber auch im Interesse eines Kantonsspitals, Bedingungen zu schaffen, dass geforscht werden kann. Auf

dem Markt unterscheidet sich ein Kantonsspital von einem privaten Anbieter einzig durch den akademischen Status. Es hat zudem Nachteile, weil es eine Ausbildungsinstitution ist. Von entscheidender Bedeutung wird sein, dass ein universitäres Kantonsspital den akademisch gegebenen Marktvorteil realisiert und effizient interpretiert.

Wer soll dann die Verantwortung über das Budget tragen? Die Fakultät? Die Departemente oder der Chefarzt der Klinik?

Sinnvoll wäre eine Grobaufteilung auf der Ebene Fakultät. Sie erhält einen Leistungsauftrag, in welchem festgehalten ist, wie viele Studierende pro Jahr mit welchen Zielvorgaben und Geldern auszubilden sind, wobei das Mitspracherecht echt paritätisch nach den Finanzströmen gewährleistet ist. Die Feinaufteilung mit zugehörigem Globalbudget unterliegt dem Departementvorsteher oder Klinikchef. Ich halte nichts vom Giesskannenprinzip. Mir schwebt ein Modell vor, das dem Departementvorsteher oder Klinikchef ermöglicht, Schwerpunkte zu setzen. Wenn er auf Grund seiner Führungseigenschaften eine schlagfertige Forschungseinheit aufbauen kann, soll er über das entsprechende Budget verfügen können. Auch soll er die Möglichkeit haben, ein gerechtes und transparentes Anreizsystem zu schaffen. Ich begreife nicht, weshalb in der Schweiz die Forschung allein über Projekt finanziert wird und nicht über den Erfolg, damit sich Investitionen in die Zukunft lohnen. Denkbar ist u.a. eine Finanzierung über erfolgreiche Publikationen, wobei die Geldmenge nach Massgabe des Renommées des publizierenden Journals bemessen werden könnte. Ergänzend müssten junge Forscher eine Starthilfe erhalten. Nebst den Finanzströmen gilt es auch die Karriereplanung in Bezug auf Forschung/Lehre und Dienstleistung klar zu trennen: In einem öffentlichen Spital gibt es einen hohen Bedarf an Ärzten, die kompetent ihre Patienten betreuen. Nicht alle sind geborene Forscher. Für viele ist die Habilitation bloss Mittel zum Zweck, eine Stelle zu erlangen. In einem solchen System führen wir den Milizgedanken ad absurdum. Deshalb plädiere ich für eine klinische und eine wissenschaftliche Karriereplanung. Hier liegt ein riesiges Potential, das nicht nur die Effizienz, sondern auch die Zufriedenheit und Motivation von Ärzten steigern dürfte. Ein begabter Kliniker soll nicht forschen müssen, sondern seine Qualifikation auf Grund seiner Dienstleistung erarbeiten, ein erfolgreicher Forscher soll nicht gezwungen werden, einen grossen Teil seiner Zeit mit Patientenarbeit verbringen zu «müssen».

Würde die Spezialisierung auch der Spitzenmedizin dienen?

In der Regio beklagt man sich über das fehlende Patientengut für eine international kompetitive fakultäre/universitäre Medizin. Patienten gibt es in der Regio aber genug, bloss kommt die universitäre Medizin nur zu diesen Patienten, wenn das Dienstleistungsangebot stimmt. Unter Dienstleistung sind eben nur zum Teil technische Leistungen, sondern vor allem Qualität und Empathie der ärztlichen und pflegerischen Betreuung zu verstehen. Die Patienten finden man dort, wo sie sich gut aufgehoben und betreut fühlen. Die zuweisenden Ärzte und die Patienten müssen Vertrauen in die

Dienstleistungen eines Spitals gewinnen und das Spital muss alles tun, dieses zu erhalten. Zentralisierungs- und Spitalplanungs-ideen müssen unter diesem Aspekt geprüft werden, sonst wird das Kind mit dem Bade zum Nachteil der medizinischen Fakultät ausgeschüttet. Das heisst, die jetzigen Patienten- und Zuweiserpräferenzen müssen unumstössliche Eckpunkte einer Spitalplanung sein, welche als eines ihrer Ziele die Erhaltung und Stärkung der medizinischen Fakultät Basel angibt.

Dr. med. Roland Schwarz
Peter Hellinger



Was will und macht der Förderverein Universität Basel?

Dr. iur. Werner Schneider, Binningen, Präsident des Fördervereins Universität Basel

Dieser am 8. Februar 1993 in Liestal gegründete Verein verfolgt die nachstehenden Ziele: Verständnis für die Universität Basel in breiten Kreisen, insbesondere im Baselbiet verstärken und Förderung aller Bestrebungen zur Verwirklichung der basellandschaftlichen Mitträgerschaft. Unsere fast 600 Mitglieder aus allen Kreisen wohnen mehrheitlich im Kanton Baselland, ein Viertel in Basel-Stadt und der übrigen Region. Der Beitritt erfolgt durch einfache Anmeldung.

Unsere Tätigkeit:

Öffentlichkeitsarbeit, Besuche in der Universität, vielfältige Kontakte mit Erziehungs- und Universitätsbehörden sowie Dozenten von Universität und Fachhochschule beider Basel (FHBB). Für einen Jahresbeitrag von nur 20 Franken bieten wir an:

1–2 öffentliche Informationsanlässe
2 Besuche bei Instituten der Uni oder Exkursionen
2–3 Ausgaben unseres Informationsblattes FUB-INFORM (Auflage 1500 Exemplare)

Beim Ausbau der Zusammenarbeit der beiden Basel im Hochschulbereich haben wir auf wichtige Fragen wie die Autonomie der Universität oder den Erneuerungsfonds aus basellandschaftlichen Mitteln Einfluss genommen. Unser aktuelles Hauptziel ist die regionale Hochschule.

Anmeldetalon

Ich trete dem Förderverein der Universität Basel bei:

Name _____

Titel _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Ausschneiden und einsenden an:

Förderverein, Universität Basel, Postfach 53, 4422 Arisdorf

Impressum

Mitglieder der Redaktion

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

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

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

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

Konzept

Schaffner & Conzelmann AG, Basel

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Erscheint etwa zweimonatlich

Inseratenregie

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

Redaktionsadresse

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



**Ärzte
Gesellschaft
Baselland**

Aktuelle Forschung in der Nordwestschweiz

Virale Gastroenteritis in der Schweiz: Information über die aktuelle Forschung auf dem Gebiet der «Norwalk-like Viren» (NLV) in der (Nordwest-) Schweiz

lic. phil. II R. Fretz, Studienleiter,
Dr. med. D. Schorr, Kantonsarzt BL,
Dr. med. B. Bucheli, Kantonsarzt BS,
Dr. med. H. Binz, Kantonsarzt SO

Einleitung

Mit diesem Artikel soll über eine epidemiologische Studie auf dem Gebiet der viralen Gastroenteritis («Magen-Darm-Grippe») informiert werden. Diese Studie wird in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropeninstitut, den kantonsärztlichen Diensten der Kantone Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn, den kantonalen Laboratorien Basel-Landschaft und Solothurn sowie unter Beteiligung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) primär in der Nordwest-Schweiz durchgeführt. Das Ziel ist die Aufklärung und Beschreibung der endemischen und epidemischen Bedeutung der viralen Gastroenteritis, welche durch die «Norwalk-like Viren» (NLV) verursacht wird.

Einführung in die «Norwalk-like Viren» (NLV)

Die «Norwalk-like Viren» (NLV) gehören zur Familie der Caliciviridae und sind weltweit verbreitet. Sie sind für einen Grossteil der nicht bakteriell bedingten Gastroenteritis-Erkrankungen bei älteren Kindern (ca. 30%) und bei Erwachsenen (bis zu 50%) verantwortlich. NLV-Infektionen sind häufig Ursache von akuten Gastroenteritis-Ausbrüchen in Gemeinschaftseinrichtungen wie Alten-, Pflege- und Kinderheimen, können aber auch für sporadische Gastroenteritis-Ausbrüche verantwortlich sein. Bei Säuglingen und Kleinkindern stellen sie nach den Rotaviren die zweithäufigste Ursache akuter Gastroenteritiden dar. Infektionen mit NLV können das ganze Jahr über auftreten, wobei eine saisonale Häufung in den Wintermonaten zu beobachten ist. Die Viren werden im Stuhl und im Erbrochenen des Menschen in sehr grosser Menge ausgeschieden. Die Übertragung erfolgt überwiegend fäkal-oral von Mensch zu Mensch. Allerdings können Infektionen oder Ausbrüche auch von kontaminierten

Speisen (Salate, Krabben, Muscheln u.a.) oder Getränken (verunreinigtes Wasser) ausgehen. Ebenso können kontaminierte Gegenstände eine Übertragung ermöglichen. Die Infektiosität ist sehr hoch, die minimale Infektionsdosis liegt bei 10–100 Viruspartikeln und ist damit sehr gering. Aufgrund der aerogenen Übertragung durch Bildung virushaltiger Aerosole während des Erbrechens wird häufig eine sehr rasche Infektionsausbreitung innerhalb von Gemeinschaften festgestellt.

Genauere Prävalenzangaben über die NLV-Infektion konnten aufgrund fehlender Nachweismethoden bis in die Mitte der 90er Jahre nicht gemacht werden. Durch Verfeinerung der Diagnostik lässt sich die Epidemiologie von NLV nun aber genauer abklären. So gelten mittlerweile in den USA die NLV als eine der Hauptursachen für nahrungsmittelbürtige Gastroenteritis. In der Schweiz sind durch «Norwalk-like Viren» bedingte Erkrankungen nicht meldepflichtig. Es wurden bis anhin auch keine epidemiologischen Studien durchgeführt. Eine erste, bislang unpublizierte Vorstudie in der Nordwest-Schweiz ergab, dass 30–50% der bakteriologisch negativen Stuhlproben von Gastroenteritis-Patienten NLV-positiv sind. Dass die NLV-Infektionen auch in der Schweiz eine epidemische Relevanz aufweisen, zeigt z. Bsp. der Ausbruch in La Neuveville bei Neuenburg vom August 1998 und die NLV-Epidemie dreier Basler Schulklassen im Skilager vom Januar dieses Jahres. Im ersten Fall wurde das Trinkwasser mit Abwässern kontaminiert, im zweiten Fall konnte mittels epidemiologischer Kriterien gezeigt werden, dass sich die erste Klasse mittels einer Punktquelle (zeitlich und örtlich identische Quelle) mit «Norwalk-like Viren» infizierte, das Lagerhaus mit den Erregern kontaminierte und dadurch die Teilnehmer der beiden darauf folgenden Skilager infiziert wurden.

Kurzüberblick über die epidemiologischen Studien: Fall-Kontroll-Studie und Epidemienuntersuchung in der (Nordwest-) Schweiz

Die primären Ziele der Fall-Kontroll-Studie sind die Erfassung der endemischen Situation der NLV und die Durchführung einer quantitativen und qualitativen Analyse der Risikofaktoren der NLV-Gastroenteritis. Weiter soll die Bedeutung dieser Erkrankung in der Nordwest-Schweiz abgeschätzt und auf die gesamtschweizerische Situation extrapoliert werden.

Anhand einer Zusammenarbeit mit medizinischen Diagnostiklabors in der Nordwest-Schweiz werden NLV-verdächtige und bakteriologisch negative Stuhlproben erhoben und im Kantonalen Laboratorium Basel-Landschaft auf das Vorhandensein der NLV überprüft. Bei einem positiven Untersuchungsbefund wird die epidemiologische Untersuchung gestartet, indem den Patienten – Patienten- und Arzteinverständnis vorausgesetzt – Fragebögen zugesandt werden. Im Weiteren werden die Kontrollpersonen persönlich von den jeweiligen Patienten rekrutiert.

Das Bestreben der Epidemienuntersuchung ist das Erfassen und Klassifizieren der zumeist lebensmittelbürtigen Gruppenerkrankungen mit Verdacht auf NLV in der Deutschschweiz und Tessin. Weiter wird eine vergleichende Analyse der Risikofaktoren bei Gruppenausbrüchen und sporadischen Fällen mit den Risikofaktoren der endemischen Situation durchgeführt werden. Anhand der Kooperation mit verschiedenen kantonalen Laboratorien der Deutschschweiz und des Tessins werden NLV-verdächtige Gruppenerkrankungen gemeldet und durch das Kantonslabor BL aufgearbeitet.

Mittels RT-PCR können die «Norwalk-like Viren» in Stuhl-, Vomit-, Wasser- und in Nahrungsmittelproben in den kantonalen Laboratorien Basel-Landschaft und Solothurn nachgewiesen werden (Leitung Hr. Christian Beuret, Kantonslabor SO).

Kontakt/Auskünfte

Weitergehende Informationen und Auskünfte können direkt beim Studienleiter eingeholt werden:

Kantonales Laboratorium
Basel-Landschaft
Hr. Rainer Fretz
Hammerstrasse 25
4410 Liestal
Tel. direkt: 061 906 64 25
E-Mail: rainer.fretz@vsd.bl.ch

Die Praxisklinik Rennbahn in Muttenz

Mit diesem Artikel beginnt die Synapse-Redaktion eine Serie von Berichten über die in Baselland tätigen Privatkliniken. Die Institutionen können ihre Tätigkeit und ihr Angebot selbst darstellen und für die zuweisenden Ärzte wichtige Informationen (Konsiliarsprechstunden, geltende Verträge mit Krankenkassen etc.) vermitteln. In der nächsten Ausgabe geben wir der Kindertagesklinik Liestal Gelegenheit, sich vorzustellen.

U. H. Bächli, Administrativer Direktor,
Rennbahnklinik Muttenz

Die Praxisklinik Rennbahn hat sich zum Ziel gesetzt, auf hohem Niveau eine ganzheitliche orthopädisch-traumatologische und internistische Sportmedizin mit integrierter Physiotherapie mitzuentwickeln und anzubieten. Ganzheitlich bedeutet dabei eine funktionelle Diagnosestellung, eine adäquate konservative oder operative Therapie und eine auf die spezifischen Erfordernisse der Sportmedizin ausgerichtete Rehabilitation, inklusive integrierten Centers für klinische Biomechanik.*

Die Praxisklinik Rennbahn verfügt deshalb über alle Einrichtungen, die zur Realisierung dieser Ziele notwendig sind: eine Kombination von Arztpraxen, stationären und ambulanten Operationsmöglichkeiten mit Bettenstation und eine voll integrierte postoperative Trainings-Rehabilitation, die auf die Operationstechniken eingeht. Dr.

Bernhard Segesser, einer der beiden Gründer und Leiter der Praxisklinik: «Alle um den Patienten zentrierten Aktivitäten zielen darauf hin, den Athleten nicht nur möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, sondern ihn zu befähigen, sein sportliches Training kurzfristig aufzunehmen und das Wettkampfniveau wieder zu erreichen. Die Wiederaufnahme des Sports soll nicht zum Risiko einer erneuten Verletzung werden.» Die Klinik wendet dabei ihre speziellen diagnostischen Verfahren an und behandelt den Verletzten nach modernsten therapeutischen Prinzipien.

Innerhalb der Sportmedizin hat die Praxisklinik mehrere Schwerpunkte aufgebaut – im Speziellen zur exakten Ermittlung von Instabilitäten, Überlastungsschäden und allgemeinen Verletzungen von Schulter, Knie, Sprunggelenk und Achillessehne. Das hochspezialisierte Angebot findet bei Sportlern aller Leistungsklassen im In- und Ausland grosse Anerkennung. Dazu Dr.

Andreas Gösele, Leiter des Swiss Olympic Medical Center und medizinischer Betreuer von Spitzensportlern an internationalen Grossanlässen (Olympische Spiele, Weltmeisterschaften): «Mit jedem Sportler führen wir ein sportartenspezifisches Training durch – es ist Teil der Therapie und wird mit dem Trainer abgesprochen und koordiniert.» Um die Fortschritte in der Rehabilitation zu objektivieren, sind verschiedene Analysemethoden im Einsatz, wie z.B. Ganganalyse, Cybex oder Stabilometrie. Mit der konsequenten Anwendung dieser Verfahren können Belastungssteigerungen dem Heilungsverlauf des Sportlers entsprechend optimal angepasst werden. Sie erlauben überdies, fehlerhafte Bewegungsabläufe zu erkennen und so zu korrigieren, dass der Sportler sein Leistungspotenzial verbessert ausschöpfen und das Verletzungsrisiko minimieren kann.

«Unser Ziel war stets, der Praxisklinik Rennbahn ein eigenes, unverwechselbares Image zu verleihen, das weit über die Region hinausreicht», erklärt Dr. Peter Jenoure, auch er Gründer und Leiter der Klinik. «Zum Erfolg der Praxisklinik Rennbahn beigetragen haben vor allem die folgenden Faktoren:

- Fokussierung aller Aktivitäten auf eine klar definierte medizinische Nische. Die konsequente Einhaltung dieser Politik der Aktivitätsausrichtung verleiht uns Ärzten, aber auch allen unseren Mitarbeitern – dem Rennbahnteam – identifizierbare Zielgrössen, nach denen wir unser Handeln bestimmen können.
- Der Wille, sportmedizinisch absolut vorne zu sein. Es wird an der Praxisklinik nicht allgemeine Sportmedizin betrieben, sondern Sportmedizin weiterentwickelt und vorausschauend den zukünftigen Problemstellungen Rechnung getragen. Dabei zählt nicht primär die Zahl und Dimension der zum Einsatz gelan-



* Über das Center für Biomechanik werden wir in einer späteren Ausgabe detaillierter berichten.

genden technischen Geräte und Verfahren, sondern die Einsicht und Überzeugung, dass sportmedizinische Spitzenergebnisse vor allem durch die Leistungen der Mitarbeiter erzielt werden können. Die Mitarbeiter/innen sind deshalb sehr intensiv mit dem aktuellen Sportgeschehen «verzahnt».

- Konsequente Öffnung der Klinik gegenüber dem aktuellen Sportbetrieb. Der Praxisklinik angegliedert ist das Swiss Olympic Medical Center. Dessen Aufgabenschwerpunkt, die Betreuung von Athleten vor Ort und bei Grossanlässen, ergibt einen laufenden Erfahrungsaustausch, der sowohl der Sportmedizin als dem Sport selbst zugute kommt.»

2001 hat die Praxisklinik Rennbahn das Fest des 20-jährigen Bestehens feiern können. Dieser Anlass, durchgeführt mit einem Gala-Abend, einem wissenschaftlichen Kongress, einer Sport-Demo für die Schüler des Kantons Basel-Landschaft sowie mit einem Fest für die Mitarbeiter/innen und Freunde, war für alle Beteiligten ein grosses Erlebnis. Die Träger der Klinik durften bei dieser Gelegenheit mit Befriedigung davon Kenntnis nehmen, dass ihre Klinik solide in der Region und in der Welt des Sports verankert ist.

Die Praxisklinik Rennbahn arbeitet eng mit der SUVA zusammen. In den vergangenen Jahren wurden mehrere gemeinsame Forschungsprojekte durchgeführt, welche ei-

nen wertvollen Beitrag leisten, das Verletzungsrisiko von Sporttreibenden zu reduzieren. Mit der SUVA wurde auch ein spezielles Vertragswerk ausgearbeitet, welches der Klinik ermöglicht, auch allgemein versicherte Sportverletzte stationär aufzunehmen und zu behandeln.

Fähigkeitsausweise

Fähigkeitsausweis Praxislabor – ist das für mich nötig?

Auch die Grundversorgerpraxis wird mit Fähigkeitsausweisen konfrontiert: aktuell können im Rahmen des Übergangsrechtes die Fähigkeitsausweise für das Praxislabor und das Hochdosisröntgen erworben werden. Auch die Ausweise in Komplementärmedizin oder im Ultraschall sind in der Grundversorgung von Bedeutung. Eine neue Schikane, um den Grundversorgern ein weiteres Arbeitsgebiet wegzunehmen? Für wen es sich lohnt, diese Ausweise zu erwerben, und welche Bedingungen zu erfüllen sind, wird im nachfolgenden Artikel zusammengefasst.

Dr. med. F. Rohrer, Lausen

Hochdosisröntgen

In gewissen Bereichen verlangt das Gesetz (z.B. das Krankenversicherungs- oder Strahlenschutzgesetz) eine spezielle Weiterbildung, damit eine Leistung erbracht werden darf: Die Festlegung der konkreten Weiterbildungsanforderungen wurde an die Ärzteschaft delegiert. Die FMH erarbeitet in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachorganisationen die jeweiligen Programme und setzt sie im Rahmen der Weiterbildungsordnung in Kraft. Die Durchführung von dosisintensiven Röntgenuntersuchungen (Abdomen-Leeraufnahmen, Durchleuchtungen, Aufnahmen des Achsen skelettes) setzt ab sofort den Besitz eines entsprechenden Ausweises voraus. Dieser muss in Zukunft **obligatorisch** erworben werden. Wer seine Facharzt Ausbildung bis zum 31.12.2002 abschliesst (resp. wer bereits praktiziert), ist jedoch von den Auflagen zum Erwerb dieses Fachausweises (z.B. An-

zahl selbst durchgeführter Aufnahmen) befreit. Er muss sich jedoch beim KHM – im Sinne der Besitzstandswahrung – anmelden und erhält ohne weitere Auflagen den Fachausweis und damit das Recht, auch in Zukunft Röntgenuntersuchungen im Hochdosisbereich durchzuführen.

Praxislabor

Es besteht eine vertragliche Verpflichtung der FMH, einen Fertigkeit ausweis Praxislabor zu erarbeiten. Vertragspartner ist die – vom Bund eingesetzte – Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im Medizinischen Labor (QUALAB). Der Ausweis wird ausschliesslich den FMH-Mitgliedern als Qualitätsausweis angeboten. Aus juristischer Sicht ist dessen **Erwerb freiwillig**. Nach der Inkraftsetzung von TarMed werden jedoch neu ins System eintretende Ärztinnen und Ärzte einen Ausweis erwerben müssen, wenn sie das Praxislabor von den Kostenträgern bezahlt haben möchten. Bisher tätige Ärztinnen und Ärzte profitie-

ren aber von der so genannten «Besitzstandsgarantie», d.h., sie dürfen ihre Leistungen weiterhin – unter Vorbehalt der festgelegten Fortbildungsaufgaben – ohne Ausweis oder Titel erbringen. Es ist aber bereits jetzt abzusehen, dass es unkomplizierter ist, jetzt den Fähigkeitsausweis Praxislabor prüfungsfrei zu erwerben, als später die im Rahmen des TarMed zu erwartenden Auflagen und Kontrollen zu erfüllen. Der Ausweis wird vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) erteilt. Ärzte und Ärztinnen, die bisher ein Praxislabor betrieben, können im Rahmen des Übergangsrechtes diesen Ausweis ohne Prüfung erwerben, sofern der Antrag bis zum 31.12.2002 gestellt wurde. Voraussetzung zum Erwerb ist, dass das Praxislabor nach den Richtlinien der QUALAB geführt wird, dass nur Leistungen verrechnet werden, die im eigenen Praxislabor erbracht wurden und dass die internen und externen Qualitätskontrollen erfüllt sind. Für Letztere muss eine Bestätigung erbracht werden. Die Ausstellung des Fertigkeit ausweises kostet CHF 100.–.

Adressen:

Kollegium für Hausarztmedizin, Effingerstr. 40, 3008 Bern (Fax 031 389 92 829)
Anmeldeformulare können auch auf der Website des KHM (www.khm.ch) heruntergeladen werden.

UKBB – Ende gut, alles gut?

*Dr. med. P. Kindler, Arlesheim,
für die Gesellschaft der Kinderärztinnen
und Kinderärzte von Basel und Umgebung*

Nach der langen Leidensgeschichte ist für das Universitäts-Kinderspital beider Basel mit dem Standort in unmittelbarer Nähe der Basler Universitätskliniken eine Lösung in Sicht, die von breiter Akzeptanz getragen ist und die Zukunft auf universitärem Niveau gewährleisten wird. Wir Kinderärztinnen und Kinderärzte nehmen mit Genugtuung zur Kenntnis, dass für die Standort-

wahl die von uns jahrelang geforderten medizinisch-sachlichen Argumente massgebend waren. Dies lässt Hoffnung aufkommen, dass auch für andere Institutionen, die von beiden Halbkantonen getragen werden müssen, sachliche Diskussionen zu vernünftigen Entscheiden führen können. Zur Lösung der Kinderspitalfrage wurde infolge politischer Sachzwänge ein Umweg gewählt, der eine gefährliche Belastung in menschlicher und finanzieller Sicht darstellt. Neben der Einsicht in das Versagen der bestehenden Situation mit

zwei resp. drei Standorten (Neonatalogie im Basler Frauenspital) war der Konsens der beiden (neuen) Regierungsräte entscheidend, welche das Ergebnis einer sorgfältigen, breit abgestützten Analyse einer externen Spitalplanungsfirma vor politische Argumente stellten. Bis das neue Kinderspital an der Schanzenstrasse steht, muss der Betrieb weiterhin optimiert werden. Von allen Betroffenen (Patienten, Spitalleitung und -personal, praktizierende Ärztinnen und Ärzte) erfordert dies grossen Einsatz, Verständnis und eine offene Information. Die Planungs- und Bauphase muss unter Einbezug aller Interessenvertreter sorgfältig erfolgen und mit allen verfügbaren Mitteln so kurz als möglich gehalten werden. Das Ziel ist eine Universitäts-Kinderklinik, die nach den modernsten Erkenntnissen den Bedürfnissen der kranken Kinder und ihrer Eltern gerecht wird.

Fortbildung

Der Fall aus der Praxis – Kompakt – gezielt – effizient

Als neues «Fortbildungsgefäss» wurde vor zwei Jahren als Joint Venture zwischen Spital und engagierten Praktikern «Der Fall aus der Praxis» gestartet. Inzwischen hat sich diese Veranstaltungsreihe ein treues Stammpublikum sichern können. Das Ziel soviel Praxis wie möglich und soviel Evidenz wie nötig wird mit dem gewählten interaktiven Konzept hervorragend erreicht. Um diese Fortbildungsreihe einem breiteren Publikum vorzustellen, hat die Synapse-Redaktion mit Dr. med. E. Riesen einen der Initianten gebeten, einen kurzen Bericht zu verfassen.

Dr. med. E. Riesen, Ziefen

Seit zwei Jahren bietet die Medizinische Universitäts-Klinik des Kantonsspitals Liestal (Prof. Dr. med. W. Zimmerli) zusammen mit Praktikern des oberen Baseltages jährlich sechs Fortbildungen von 45 Minuten Dauer an (jeweils donnerstags von 17.15 bis 18 Uhr). Die Daten werden den Hausärzten mit der regelmässigen Information des GAMBA-Fortbildungsdelegierten Christoph Itin zugestellt in der Synapse und auch im Kongresskalender der «Schweizerischen Ärztezeitung» publiziert.

Das Prinzip dieser Fortbildungen ist, dass ein Praktiker einen tatsächlichen oder konstruierten typischen Fall darstellt und während der gesamten Zeit der Fortbildung dafür verantwortlich ist, dass der Fokus auf die Situation in der Sprechstunde ausgerichtet bleibt.

Einige Beispiele der letzten zwei Jahre:

- Borrelien – Probleme in der hausärztlichen Praxis.
- Das geschwollene Knie.
- Vergrößerter Lymphknoten, was nun?
- Anstrengungs-induziertes Asthma.

Diese Art Fortbildung wird von den Teilnehmern als qualitativ sehr gut eingestuft. Einige der regelmässigen Besucher haben selbst schon Fälle vorgestellt, und die Teilnahme an der Diskussion ist jeweils sehr engagiert. Nach einem Referat von 20 bis 30 Minuten ist uns vor allem die Diskussion wichtig. Ziel ist es, dass der teilnehmende Praktiker mit einer klaren Anweisung nach Hause gehen kann, wie er sich beim vorgestellten Fall verhalten soll. Je nach Möglichkeit wird ein Hand-out verteilt oder die Schlussfolgerungen ergeben sich aus der Diskussion. – Von der Struktur her erinnert

diese Art von Fortbildung an die Dienstag-Morgen-Fortbildungen der Medizinischen Klinik Liestal resp. der Medizinischen Universitätsklinik Basel. Bei der Fortbildung «Der Fall aus der Praxis» legen wir aber noch mehr Wert auf die Umstände und Besonderheiten des Praxisalltages. Die Evidenz wird zwar eingebracht durch die anwesenden Spezialisten (KSL oder Praktizierende), sie soll aber die Diskussion nicht dominieren.

Wichtig: Es ist für potenzielle Teilnehmer jederzeit möglich, eigene Fälle oder Themen einzubringen. Anmeldungen an Dr. med. Ch. Itin, Liestal, oder Dr. med. E. Riesen, Ziefen.

Dr. med. Edy Riesen-Visser
Facharzt Allgemeine Medizin
Hauptstrasse 79
4417 Ziefen
Tel. 061 931 17 05
Fax 061 931 12 42

Aus dem Vorstand

Notfalldienst

Die Mitglieder haben an der GV vom 22.11. 2001 beschlossen, dass bei einer Dispensation vom Notfalldienst grundsätzlich eine Ersatzabgabe in der Höhe eines Jahresbeitrags der Ärztesgesellschaft Baselland zu leisten ist. Der Betrag soll je zur Hälfte dem betreffenden Notfallkreis respektive der Fachgruppe mit spezialärztlichem Notfalldienst und der allgemeinen Gesellschaftskasse zu Gute kommen. Betroffen sind im Prinzip alle Mitglieder mit einer Berufsausübungsbeurteilung (BAB) respektive mit eigener Praxis. Details regelt das neue Dispensations- und Ersatzabgabe-Reglement. Spezialärztliche Notfalldienste werden z.Zt. von folgenden Fachgruppen angeboten: Gynäkologen, Ophthalmologen, Otorhinolaryngologen, Pädiater und Psychiater.

Jahresbeitrag 2002

Der Jahresbeitrag der Ärztesgesellschaft Baselland wird trotz einer leichten Erhöhung des FMH-Beitrags im nächsten Jahr beibehalten. Er beträgt Fr. 1650.-. Ebenfalls unverändert bleibt der MPA-Beitrag von Fr. 500.-.

Rücktritt von Präsident Dr. Roland Schwarz

Mit Akklamation hat die Generalversammlung Dr. Lukas Wagner, Birsfelden, zum Nachfolger für den auf Ende Jahr zurücktretenden Präsidenten Dr. Roland Schwarz gewählt. Die hervorragenden Leistungen von Dr. Schwarz wurden vom Neugewählten noch einmal in Erinnerung gerufen und verdankt: Grosser und erfolgreicher Einsatz für die Medikamentenabgabe, gelungene Verhandlungen im Namen der FMH mit den Privatversicherern über die Zeugnistarife, ausserordentliche Kenntnisse des Tar-Med und Verhandlungen mit den Krankenkassen, die zum Erhalt des Labortarifs BL führten (anstelle der Analysenliste). Wichtig und sehr hilfreich für die Ärztesgesellschaft Baselland ist seine politische Vernetzung, die uns in seiner neuen Funktion als Vizepräsident und Ärztekammervertreter erhalten bleiben wird.

Website/Logo

Wenn Sie das im FMH-Beitrag enthaltene HIN-Basis-Abonnement einrichten wollen,

bestellen Sie die entsprechende Software bei www.hin.ch. Sie können damit ohne Passwort und ohne neue Anmeldung die interne Seite der Ärztesgesellschaft Baselland www.aerzte-bl.ch besuchen, falls Sie bei uns Mitglied sind. Möchten Sie als Nichtmitglied Zugang auf unsere interne Website, können Sie einen entsprechenden Antrag ans Sekretariat in Sissach stellen. (Adresse im Impressum oder fschwab@hin.ch.)

Das auf der Website verwendete Logo hat sowohl bei deren Benutzern wie auch bei den Teilnehmern an der GV zu keinen ablehnenden Reaktionen geführt. Es wird demnächst formell dem Vorstand zur Beschlussfassung unterbreitet und soll ab dann das offizielle Logo der Ärztesgesellschaft Baselland sein.



KLIFO 2002

Klinische Fortbildungstage am Bruderholzspital, EPD und UKBB Bruderholz



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Es freut mich ganz besonders, Sie bereits jetzt zur Teilnahme an KLIFO 2002 einzuladen und Sie im Sinne einer Vorankündigung auf diese Veranstaltung hinzuweisen. KLIFO 2002 findet statt am 30. und 31. Mai 2002 (Donnerstag und Freitag). Die Aussendung des definitiven Programmes wird nach den Fasnachtsferien erfolgen. Wir bitten alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, uns allfällige Wünsche in Bezug auf Themen, Kursorganisation und Referentinnen/Referenten mitzuteilen (E-Mail: christine.willimann@ksbh.ch).

Mit freundlichen Grüessen
Prof. R. Krapf

Fortbildungen der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal, Januar und Februar 2002

Do, 10.1.2002 17.15–18.15 Uhr Hörsaal C KSL	Eingeladener Referent: Dr. G. Eich, St. Gallen Meningokokkeninfektionen: Krankheitsspektrum und Prophylaxe
Fr, 11.1.2002 12.15–14.00 Uhr Aula KSB	Bruderholz-Seminare in Molekularer Medizin Prof. Ch. Rochlitz, Basel Gentherapie maligner Neoplasien
Di, 15.1.2002 07.45–08.30 Uhr Hörsaal C KSL	Praktikerfortbildung mit MUP/KBS: Separate Einladung folgt
Fr, 18.1.2002 12.15–14.00 Uhr Aula KSB	Bruderholz-Seminare in Molekularer Medizin Prof. Ch. Meier, Genève Leptin und PPAR: Regulatoren der Entzündung
Do, 24.1.2002 17.15–18.15 Uhr Hörsaal C KSL	Eingeladener Referent: Prof. P. Itin, KSB und KS Aarau: Die Haut als Spiegel internistischer Krankheiten
Fr, 25.1.2002 12.15–14.00 Uhr Aula KSB	Bruderholz-Seminare in Molekularer Medizin Prof. B. Lämmle, Bern Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
Do, 31.1.2002 17.15–18.15 Uhr Hörsaal C KSL	Der Fall aus der Praxis: Dr. E. Riesen, Dr. D. Kiss Der Dialysepatient: Die Rolle des Hausarztes
Do, 7.2.2002 17.15–18.15 Uhr Hörsaal C KSL	Eingeladener Referent: PD Dr. R. Schönenberger, KS Solothurn: Qualitätsmessung in der Medizin
Fr, 8.2.2002 12.15–14.00 Uhr Aula KSB	Bruderholz-Seminare in Molekularer Medizin PD Dr. E. Feraille, Genève Sodium retention in nephrotic syndrome: role of Na/K-ATPase
Fr, 15.2.2002 12.15–14.00 Uhr Aula KSB	Bruderholz-Seminare in Molekularer Medizin PD Dr. A. Wodnar-Flipowicz, Basel Plastizität adulter und embryonaler Stammzellen – therapeutische Zukunft?

Die diagnostisch-therapeutischen Seminare im Kantonsspital Bruderholz werden ebenfalls weitergeführt. Bei Redaktionsschluss der Synapse lag das Programm für Januar und Februar 2002 leider noch nicht vor.

MedIndoors

10. MedIndoors im «Tennis-Paradies» in Allschwil

währten Händen von Th. Geng und U. Fluri von der Roche Pharma Schweiz. Im hochstehenden und spannenden Finalspiel schwan- gen F. Heule, Bubendorf, und R. von Aarburg, Riehen, erst ganz zuletzt über R. Keller, Basel, und H.-J. Golm, Bruderholz, obenaus.

Dr. U. Marti, Medizinische Gesellschaft Basel,
Dr. R. Ott, Ärztesgesellschaft Baselland

Kaum hatten die Stars der Swiss Indoors unsere Stadt verlassen, trafen sich am 3.11.2001 40 tennisbegeisterte Ärztinnen und Ärzte zu den **10. MedIndoors**, dem partnerschaftlichen Doppeltennisturnier der Ärzteorganisationen der beiden Basel. Die **MedIndoors** wurden auch in diesem Jahr zu einem sportlich erfolgreichen Event mit der Möglichkeit zum kollegialen Kennenlernen. Das Turnierbüro war in den be-



Siegerporträt: v.l.n.r. Roland Keller, Felix Heule, Rolf von Aarburg, Hans-Joachim Golz und Ruedi Ott (OK)