



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

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

<http://www.medges.ch>

## Leitartikel

# Berufsverbände zwischen Gestern und Heute

*Dr. phil. Regula Stämpfli,  
Politikwissenschaftlerin, Dozentin MAZ –  
Die Schweizer Journalistenschule, Autorin  
des Buches: Vom Stummbürger zum  
Stimmbürger. Das ABC zur Schweizer  
Politik, Orell Füssli, Zürich 2003*

Die Berufsverbände in der Schweiz sind durch die wirtschaftliche Globalisierung und die postnationale Politik mehr und mehr gefordert. Die verbandsinternen Strukturen reichen meistens nicht aus, um effizient, sachbezogen und mit demokratischer Legitimation gute politische Lösungen für den eigenen Verband zu finden und durchzusetzen. Oft be-

gnügen sich die grossen Berufsverbände in der Schweiz damit, den Besitzstand so lange als möglich zu bewahren und das Schlimmste zu verhindern. Diese Politik entspricht aber nur einer kurzfristigen Linderung struktureller Probleme und sie birgt im Kern die mögliche Destruktion und Auflösung in sich.

### **Worin besteht denn aus politologischer Sicht eine professionelle, effiziente und sachpolitisch vernünftige Verbands-politik?**

Der moderne politische Entscheidungsprozess basiert heutzutage weniger auf

→ Fortsetzung Seite 3

## Aus dem Inhalt

- Gedanken zur Vernehmlassung 4
- Sexuelle Grenzverletzungen durch Medizinalpersonen 6
- Ordnung ohne Herrschaft – im Zeichen von Dada und Merz 7
- Jahresbericht des Präsidenten der GAMBA 2003/2004 8
- Zusammenarbeit zwischen EPD und KJPD in der Abklärung psychotischer Frühphasen 10
- Buprenorphin – eine neue Möglichkeit in der Behandlung der Opiatabhängigkeit 12
- Cannabis und Psychose 14
- Die KONTAKTSTELLE FÜR PSYCHOANALYSE findet einen wichtigen Platz in der psychosozialen Versorgung der Region Basel 16
- Ärger mit Tarmed 17
- Aus dem Vorstand 18

## Editorial

### **Präsidentenwahl FMH – Neuer Wein in neue Schläuche!**

*Dr. Lukas Wagner, Präsident  
der Ärztegesellschaft Baselland*

Die Überraschung war perfekt. Drei Tage vor der erwarteten Wiederwahl hat der bisherige Amtsinhaber Dr. Hans Heinrich Brunner die Chance einer neuen Herausforderung ergriffen und das FMH-Schiff sich selbst überlassen. Erklärbar und in gewissem Sinne verständlich. Er hat damit seine Karriereplanung vorangestellt und kundgetan, dass er sich nicht mehr getragen fühlte von den Mitgliedern. Ratlosigkeit herrschte vor in der Ärztekam-

mer vom 29. April 2004. Sie äusserte sich in einem vor allem seitens des VSAO und der Kolleginnen und Kollegen aus der Romandie vorgetragenen Ruf nach dem «starken Mann». Erstaunlich! War doch gerade das oft als autokratisch empfundene Vorgehen des «starken Mannes» HHB bisher heftig kritisiert worden ...! Die besonnenen Äusserungen der Präsidenten des VEDAG, des Kantons Zürich, der G7 und der SGIM, jetzt nicht «aus dem Stand heraus» eine unvorbereitete Wahl zu treffen, schienen ohne Wirkung zu bleiben. Ein Kompromissvorschlag, der beantragte, die eigentlich fest traktandierten Wahlen auf Ende Juni zu verschieben, fand mit knappem Mehr von 88 gegen 83 Stimmen Zustimmung. Damit erhalten die Kandidaten angemessen

Zeit, sich bekannt zu machen, womit allen die gleichen Wahlchancen eingeräumt werden.

Wir brauchen in Zukunft nicht unbedingt nur einen «starken Mann» an der Spitze der FMH. Denn die als «herkulisches» bezeichnete Aufgabe der FMH-Führung kann nicht weiterhin quasi im Alleingang bewältigt werden. Wir wollen auch einen starken Zentralvorstand, der sowohl mehr gefordert als auch gefördert werden muss! Die anstehende Strukturreform der FMH bietet eine gute Chance, dazu die nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Es gilt, diese zu nutzen – und den neuen Wein auch in neue Schläuche zu füllen.



der Repräsentation, d.h. auf der Wahl geeigneter Personen zur Vertretung wichtiger Politiken, sondern immer mehr auf der Kommunikation. Gefragt sind deshalb nicht nur die guten Verbindungen zur Aussenwelt, sondern auch die funktionierenden Netzwerke im Innern. Ein Verbandspräsident mag zwar Kraft seines Amtes und seines professionellen Gewichts nach wie vor eine wichtige Rolle spielen, er allein reicht aber nicht aus, um den Verband als solchen und dessen Anliegen auf allen Ebenen zu vertreten. Zudem garantiert ein starker Präsident allein auch keine funktionierende interne Kommunikation.

Ein moderner Berufsverband braucht immer beides: Hohe Kommunikationsfähigkeit gegen aussen und hohe Kommunikationsbereitschaft gegen innen. Diese Fähigkeiten können nur durch eine wesentliche Demokratisierung der Verbandsstrukturen und durch die gleichwertige Beteiligung der unterschiedlichen Fraktionen und Gruppen erreicht werden. Ist ein System von Checks and Balances durch ausreichende Beteiligung der unterschiedlichen Interessen gegeben, verfügt der Verband gleichzeitig sowohl über eine hohe interne als auch externe Legitimation.

Wenn wir dies nun auf die konkrete Situation der FMH übersetzen, so fallen folgende Nachteile ins Auge: Die regionale Repräsentativität der Delegationen entspricht nicht mehr den sachbezogenen Politiken, welchen sich die Ärztesellschaft als Berufs-Interessenorganisation stellen muss. Nicht der Unterschied zwischen einem Zürcher und einem Genfer Arzt fällt heutzutage mehr ins Gewicht, sondern der Unterschied zwischen den berufsständischen Interessen eines Allgemeinpraktikers und denjenigen eines Chirurgen beispielsweise, von den unterschiedlichen berufsständischen Interessen einer Psychiaterin ganz zu schweigen. Diese sachbezogenen professionellen Divergenzen müssen in einer Berufs-Dachorganisation auch in entsprechend dossierorientierten Arbeitsgruppen und Kommissionen einen

Ausdruck finden. So fühlen sich alle vertreten und haben auch verbandsinterne Sprachrohre, um ihren unterschiedlichen Politiken Nachdruck zu verleihen. Die Unabhängigkeit der Kommissionen muss zudem garantiert sein, genauso wie auch deren Entscheidungskraft in den sie betreffenden und zu entscheidenden Dossiers.

Die verbandsinterne Legitimation und Effizienz wird dadurch in jedem Fall erhöht. Die wesentlichen Sachgeschäfte werden in Teamarbeit ausführlich behandelt, diskutiert und schliesslich können gute Lösungen präsentiert werden. Damit funktioniert dieser Input von unten nach oben. Voraussetzung für das Funktionieren solcher Modelle ist die demokratische Zusammensetzung des Verbands insgesamt. Dazu gehört die demokratische Zusammensetzung der Exekutive nach politischen und berufsständischen Kriterien (möglichst mit einem Co-Präsidium oder rotierenden Vorsitz, was wiederum hohe verbandsinterne Kommunikationsfähigkeit fördert und fordert), ebenso wie auch die Mitsprache und das Entscheidungsrecht der Kommissionspräsidenten der diversen Sachkommissionen (die ihrerseits von den Kommissionsmitgliedern gewählt und nicht einfach vom Präsidenten ernannt werden!).

Ein moderner Berufsverband stellt sich neuen Herausforderungen, am besten mit dem demokratischen Verständnis von politischem Verhandeln unterschiedlicher Interessen in einer Struktur von unten nach oben und einem ausgeklügelten System der Checks and Balances. Jeder Macht muss eine Gegenmacht zur Seite gestellt werden. In der modernen Mediendemokratie heisst dies auch, dass externe Kommunikation des Verbandes gleichzeitig auch interne Kommunikation des Verbandes ist. Dies bedeutet aber auch, dass der eigene Verband hinter allgemein beschlossenen Politiken stehen muss, damit die Interessenwahrung funktioniert. Das heisst aber nicht, dass die Pluralität der Interessen verneint wird, im Gegenteil. Die un-

terschiedlichen Politiken werden kanalisiert, sie erhalten Mitwirkungsrechte und Kommunikationsmöglichkeiten. Was resultiert aber, wenn aufgrund der hierarchischen Aufteilung des Verbands die Ausrichtung der Verbandspolitik völlig im Dunkeln oder im Konflikt liegt? Dann wirkt die Präsidenten- oder Vorstandskommunikation nur noch destruktiv. Und zwar gegen aussen als auch gegen innen.

Ein Berufsverband ist dann erfolgreich, wenn er seine Mitglieder bei der Stange hält und ihnen Strukturen gibt, demokratisch mitentscheiden zu können, wenn er als Interessenverband Politiken vertritt, die dem eigenen Berufsstand nützen und ihn stärken, und wenn er als Repräsentant einer Berufsgruppe in der dargestellten Öffentlichkeit über ein positives Image verfügt. Wenn wir uns die Situation der Halbgötter in Weiss in den letzten zehn Jahren vor Augen führen, dann fällt die Analyse negativ aus: Die Politiken der Ärztesellschaft scheinen sowohl intern als auch extern höchst umstritten, politische Lösungen sind noch lange nicht in Sicht und das Image der Ärzte hat in der Öffentlichkeit nicht nur durch die Kunstfehler einzelner, sondern auch durch die wahrgenommene Politik der FMH erheblich gelitten. Die Ärztesellschaft ist, wie übrigens viele andere Berufsverbände in der Schweiz auch, durch die Moderne enorm gefordert. Es wäre an der Zeit, im Lande der direkten Demokratie mal über die Grenzen hinauszuschauen und europäische Modelle moderner Verhandlungstechniken, Checks and Balances von Macht und Gegenmacht und verbandsinterner Demokratisierung anzuschauen. Strukturreformen sind meistens dann erfolgreich, wenn sie im Rahmen der «collective agreements» stattfinden, d.h. harter Verhandlungen zwischen Geben und Nehmen. Ein Konzept, das oft der helvetischen Rosin picker-Mentalität in der Politik diametral widerspricht. Doch die Zeiten, in welchen man sich als Berufsverband in der Politik wie in einem Selbstbedienungsladen aufführen konnte, sind unter dem Druck der internationalen Liberalisierung vorbei.

# Gedanken zu den SAMW-Richtlinien zur Betreuung am Lebensende – Vernehmlassungsantwort der Ärztesgesellschaft Baselland

Dr. med. Heinrich Schaefer,  
FMH für Innere Medizin

## SAMW-Richtlinien zur Betreuung am Lebensende

In der Ärztezeitung wurde der Entwurf der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften unter der Rubrik «Guidelines» publiziert. Für mein Rechtsempfinden impliziert dieser Anglizismus bereits so etwas wie ein Reglement: *de iure* kein Gesetz, *de facto* schon. Im Vordergrund steht vermehrt das Recht des sterbenden Patienten auf Selbstbestimmung. Dieses wird klar respektiert, wenn der Patient urteilsfähig ist, «auch wenn dieser Wille aus der Sicht Aussehender dessen wohlverstandenen Interessen zuwiderzulaufen scheint». Unbeantwortet dabei ist die Frage, ob dann der Patient wirklich urteilsfähig ist. Wie stellt man das denn fest – meistens umschiffen wir ja diese peinliche Frage. Ich denke, das ist meist auch richtig so. Aber manchmal hängen grosse Vermögen oder eben auch Leben und Sterben von der Urteilsfähigkeit ab. Ich denke, hier ist ein Zusatz in der Richtlinie empfehlenswert, der bei fraglicher Urteilsfähigkeit und relevanten möglichen Folgen den Beizug eines erfahrenen Facharztes nahelegen. Je älter ich werde, desto mehr setze ich ein Fragezeichen hinter das, was man «freien Willen», «Selbstbestimmung» oder «Autonomie» nannte oder nennt.

Schwieriger wird es, wenn der Patient nicht mehr kommunizieren kann. Hier wird der Patientenverfügung vermehrtes Gewicht beigemessen (liebe Kollegen – haben Sie Ihre eigene schon ausgefüllt?). Darin kann der Patient auch eine Vertrauensperson benennen, die bei der Entscheidungsfrage vom Arzt zu kontaktieren ist. Bei unlösbar divergierenden Meinungen ist die Vormundschaftsbehörde beizuziehen (war schon immer so, aber man vergisst es eben).

Bei **fehlendem Patiententestament** soll der Entscheid vom ganzen Betreuungsteam und den Angehörigen mitgetragen werden, allenfalls unter Beizug einer Ethikkommission. Nicht formuliert ist, dass meines Erachtens der endgültige Therapie-Entscheid vom Arzt gefällt wird und auch von ihm zu tragen ist. Dies ist alles andere als überheblich, sondern eine schwere Last, die wir den Angehörigen nicht zumuten dürfen. Aber der Konsens der Angehörigen muss da sein. Interessant ist auch eine Umfrage, die kürzlich in Zürich in diversen Betreuungsinstitutionen durchgeführt wurde mit der Frage, wer am Lebensende Therapieentscheide treffen soll: Angehörige oder der Arzt? Über 80% entschieden sich für den Arzt. Der Auftrag ist wohl klar und wir können uns nicht hinter einer pseudodemokratischen Verantwortungsdiversifikation verstecken.

Ich meine, dass diese auch jetzt gültige Verpflichtung des behandelnden Arztes genannt werden soll.

Dass das Recht auf palliative Betreuung explizit genannt wird, ist gut, und dass auch ausgedeutet wird, was das eigentlich ist, ist sehr gut (Symptomkontrolle, Einbezug der Angehörigen oft über den Tod hinaus etc.). Der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen wird als je nach dem gerechtfertigt beschrieben, wobei Behandlungsabbruch auch das Weglassen künstlicher Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr sein kann. Schwierig wird die Situation beim Coma vigil. Aber da gibt es ja zum Glück separate Guidelines (Coma vigil ist per definitionem nicht «sterbend» im Sinne dieser Richtlinien).

Am meisten Medienwirbel hat Artikel 4.1, **Beihilfe zum Suizid**, verursacht.

Bekanntlich ist die Beihilfe zum Suizid aus nicht selbstsüchtigen Motiven in unserem sehr liberalen Strafrecht nicht strafbar. Falls ein Arzt solches täte, wäre er nicht mehr obligat unter seines-

gleichen akzeptiert. Es werden dann «Mindestanforderungen» formuliert: der Patient muss urteilsfähig sein, nahe am Lebensende stehen (wie genau ist das gemeint?), über Alternativen informiert sein, und die Situation muss von einer Drittperson überprüft sein. Der Patient muss die todbringende Handlung selbst ausführen (können!), alles muss in der KG protokolliert sein und die Behörden müssen über den nicht-natürlichen Todesfall umgehend informiert werden (d. h., in der Regel kommt die Polizei in Zivil oder in Uniform). Letzteres stört die Sterbewilligen nach meiner Erfahrung ungemein, was ich nur teilweise verstehe. Ob mit einer Rechnungsstellung des beteiligten Arztes bereits eine selbstsüchtige Handlung vorliegt, ist meines Wissens noch nicht von einem Gericht beurteilt worden. Die Meinungen über den Artikel 4.1 gehen sehr auseinander. Die einen fürchten einen Dammbbruch: Suizidbeihilfe sei im Behandlungsvertrag inbegriffen oder man wählt seinen Hausarzt nach diesem Kriterium aus und der Druck auf den Arzt nehme zu. Die anderen finden, dass es besser sei, eine kulturelle Realität zu akzeptieren und zu integrieren und damit eben auch kontrollierbar zu machen.

Persönlich habe ich es so gehalten, dass ich durch optimale Palliation versucht habe, den Suizidwunsch gegenstandslos werden zu lassen. Wo mir dies nicht gelang, habe ich den Patienten gebeten, wenigstens die Familienangehörigen mit einzubeziehen. Tragisch sind die Fälle, in denen der Sterbewillige seine Angehörigen in der irrigen Meinung, ihnen eine Last wegzunehmen, ohne Abschied verlässt – das Gegenteil ist der Fall.

Ich meine, Suizidbeihilfe muss und soll keine ärztliche Aufgabe sein. Ärzte sind aber auch Menschen und es mag einmal in einer Extremsituation menschliche Pflicht sein, bei einem Suizid zu helfen. Was meinen Sie, liebe Kollegen, dazu?



## PABS-Ausbildung

# Sexuelle Grenzverletzungen durch Medizinalpersonen

Werner Tschan

### Eine Veranstaltung der Medizinischen Gesellschaft Basel

Nach der ersten erfolgreichen Durchführung der PABS-Weiterbildung 2001/02 wird nun durch die Medizinische Gesellschaft Basel zum zweiten Mal dieser Anlass durchgeführt. Alle interessierten Kolleginnen und Kollegen sind herzlich zur Teilnahme eingeladen. Für Teilnehmer an der PABS-Ausbildung 2004/05, die nicht über entsprechende Vorkenntnisse verfügen, findet am 17.6.2004 eine Einführungsveranstaltung statt. Es werden für die Einführungsveranstaltung keine besonderen Vorkenntnisse vorausgesetzt. Sie steht allen interessierten Kolleginnen und Kollegen offen.

Das Programm der Einführungsveranstaltung und der Ausbildung ist auf der Homepage der Medizinischen Gesellschaft Basel einsehbar: [www.medges.ch](http://www.medges.ch) → Patientenberatung, wo man sich online anmelden kann. An alle Teilnehmer wird an der Veranstaltung ein Reader mit Fokus- und Hintergrundtexten abgegeben.

Die Veranstaltung ist besonders für Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Allgemeine Medizin, Innere Medizin, Pädiatrie und Gynäkologie von Interesse, die häufig erste Ansprechpartner für Betroffene sind. Die Kenntnisse über die Pathophysiologie, die Häufigkeit und die Ursachen ermöglichen eine zielgerichtete Diagnostik und Intervention. Die Veranstaltung ist interdisziplinär konzipiert

und vermittelt dadurch einen multimodalen Zugang zur Problematik.

Einführung	17. Juni 2004 9.00–18.00 mit Lunch
Module 1+2	16. September 2004 14.00–18.00
Module 3+4	18. November 2004 14.00–18.00
Module 5+6	20. Januar 2005 14.00–18.00
Module 7+8	21. April 2005 14.00–18.00

Anmeldung online  
[www.medges.ch/03](http://www.medges.ch/03)  
Patientenberatung/  
0301PABS\_Ausbildung.htm

# LEiMAPHARM

die clevere Alternative

## Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapfarm@datacomm.ch

# Ordnung ohne Herrschaft – im Zeichen von Dada und Merz

David Marc Hoffmann

## Das Museum Jean Tinguely und das Kunstmuseum Basel präsentieren zwei wichtige Vertreter der Avantgarde des 20. Jahrhunderts: Kurt Schwitters und Hans Arp.

Der heute relativ unbekanntere Kurt Schwitters (1887–1948) war für den jungen Jean Tinguely neben Marcel Duchamp das wichtigste künstlerische Vorbild: «Ich war total verschwittert, Schwitters war mein grosser Mann», bezeugte Tinguely rückblickend. Nachdem das Museum Jean Tinguely vor zwei Jahren dem Grossmeister Duchamp die Ehre erwiesen hatte, wird nun Schwitters gewürdigt. Dass das Kunstmuseum gleichzeitig eine Doppelschau Schwitters–Arp zeigt, ist nicht nur ein künstlerischer Gewinn, sondern auch Ausdruck eines neuen Klimas der Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten Museen. Basel steht nun für 3 Monate im Zeichen von Dada und Merz und ihren Auswirkungen. Das hat auch historische Wurzeln: Durch Arp war Schwitters mit verschiedenen Basler Künstlern und KunstsammlerInnen befreundet, namentlich mit Oskar und Anna Müller-Widmann, in deren Haus auf dem Bruderholz er 1930 und 1935 Vortragsabende mit Merzdichtungen und der berühmten «Ursonate» veranstaltete.



Abb.: Kurt Schwitters, Merzbau (Teilansicht) um 1932, Foto (Repro): Kurt Schwitters Archiv, Sprengel Museum Hannover, © Pro Litteris, Zürich.

## Faszinierendes Gesamtweltbild

Nach einer traditionellen Kunstausbildung und herkömmlicher Genremalerei hatte Schwitters gegen Ende des Ersten Weltkriegs im Eilzugstempo durch die radikale Dada-Freiheit hindurch zur Abstraktion und zu seinem eigenen Stil gefunden. Befreit von festen künstlerischen Traditionen entwickelte er mit alltäglichen Materialien und Fundobjekten Collagen, Assemblagen, Reliefs und Plastiken. 1919 extrahierte er aus dem Schriftzug «Kommerz- und Privatbank» den Begriff Merz, dem er eine eigene Bedeutung und Dynamik gab. Merz umfasste als Ein-Mann-Kunstbewegung alle künstlerischen Bereiche von Malerei, Skulptur, Architektur, Dichtung, Theater, Sprache und Aktionskunst und sprengte sie zugleich. Mit seinem monumentalen Raumgebilde Merzbau schuf Schwitters ab 1923 in seiner Wohnung in Hannover einen Ausdruck seines Gesamtweltbilds, seiner Gegenwelt und seiner «Flucht aus der Zeit» (Hugo Ball).

Für seine legendäre Zürcher Ausstellung «Der Hang zum Gesamtkunstwerk» (1983) hatte Harald Szeemann eine Rekonstruktion des 1943 zerstörten Merzbaus anfertigen lassen, die nun als begehrtes Monument in der Ausstellung im Tinguely-Museum wieder aufgebaut ist. Neben Schwitters Merzbildern, Merzgemälden und Urlautpoesie werden «multikulturelle und -funktionelle Erlebnisskulpturen» des frühen Tinguely gezeigt. 150 Leihgaben aus internationalen Sammlungen gewähren einen Einblick in die faszinierende Welt eines dadaistischen Urvaters. Dada war noch absolut («Dada ist eine Rose, die eine Rose im Knopfloch trägt»), mit Merz knüpfte Schwitters wieder Kontakte zur Welt: «Merz bedeu-



Kurt Schwitters (links), Hans Arp.

tet Beziehungen schaffen, am liebsten zu allen Dingen der Welt.»

## Fruchtbare Freundschaft

Parallel zur Ausstellung im Museum Jean Tinguely dokumentiert das Basler Kunstmuseum mit der grossen Sonderausstellung «Schwitters Arp» in 140 Collagen, Reliefs, Skulpturen und Assemblagen aus internationalen Sammlungen den geistigen Dialog der beiden Avantgardisten. Seit 1922 traten Arp und Schwitters zusammen an Dada-Veranstaltungen auf, sie arbeiteten an gemeinsamen künstlerischen und schriftstellerischen Werken. So wie Schwitters als einer der ersten Alltags- und Abfallgegenstände in die Kunst eingeführt hatte, so gab Arp dem «Zufall» als Gestaltungsprinzip in der Kunst seinen Platz. Das anarchische Potential einer Ordnung ohne Herrschaft in den Kunstwerken von Schwitters und Arp hat auf die Kunst des 20. Jahrhunderts revolutionär gewirkt und wirkt bis heute untergründig weiter.

«Kurt Schwitters. Merz – ein Gesamtweltbild»: bis Sonntag, 22.8., Museum Jean Tinguely

«Schwitters Arp»: bis Sonntag, 22.8., Kunstmuseum Basel

Zu beiden Ausstellungen erscheinen reich illustrierte Kataloge.

## 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 Ausgeh-Tips. Mit der ProgrammZeitung früher wissen, was wann wo läuft.

Bestellen Sie ein Probeabo (3 Ausgaben für CHF 10.–) oder gleich ein Jahresabo (CHF 69.–) direkt bei:

ProgrammZeitung, Gerbergasse 30, Postfach 312, 4001 Basel, T 061 262 20 40, F 061 262 20 39, [abo@programmzeitung.ch](mailto:abo@programmzeitung.ch); [www.programmzeitung.ch](http://www.programmzeitung.ch)

# Jahresbericht des Präsidenten der GAMBA 2003/2004

Dr. F. Häring, Bubendorf

πάντα ῥεῖ – alles fliesst,  
alles ist in stetem Wechsel.

Die Zeiten sind rauer geworden. Dies prägt zunehmend auch die Vorstandssitzungen. Es wird immer schwieriger, die Tragweiten der Entscheide abzusehen und sich im voraus über die Konsequenzen klar zu sein. Was auch immer geschieht, eines ist sicher: In einer sich verändernden Umwelt müssen auch wir uns ändern. Die Wandlung geschieht immer schneller und Veränderungen machen Angst.

Im Zeitalter des Neo-Liberalismus ist der Mensch nur noch ein Marktfaktor und sein Wert misst sich daran, wie gut er sich verkaufen kann, also übers Geld. Es ist eine dankbare Aufgabe, mit Menschen zusammen zu sein, die alle das Anliegen haben, etwas mehr Menschlichkeit in die Welt zu bringen. Dies bedeutet, den Menschen wieder einen Wert über das Materielle hinaus zu geben. Herzlich danke ich dafür meinen Kolleginnen und Kollegen für ihre engagierte Mitarbeit.

Im vergangenen Jahr hat der Vorstand sechsmal getagt und sich der aktuellen Probleme angenommen. Einige Sitzungen haben im Beisein von Kathrin Censier, Geschäftsführerin der SGAM, stattgefunden. Ihre Anwesenheit hat unsere Diskussion sehr befruchtet.

Wir haben das zehnjährige Jubiläum auf dem Rhein verbracht und mit einem ganz besonderen GAMBA-Fortbildungstag das Angenehme mit dem Notwendigen und Nützlichen verbunden.

Die Einführung des Tarmed war das markanteste Ereignis im vergangenen Jahr. Ich spürte schon lange vor dem Stichtag, wie grosse Ängste unter den Ärzten zu unaufhörlichen Diskussionen führten. Seine Einführung bringt bedeutende Veränderungen mit sich. Viele Kollegen fühlen sich durch das Tarifsystem abgewertet und die Versprechungen, mit denen man uns ein Ja abgerungen hat, scheinen sich jetzt in Luft aufzulösen. Keine Rede mehr davon, dass die Grundversorger für ihre ärztlichen Leistungen besser entlohnt werden sollen. Der gewaltige administrative Aufwand wird

auch nicht geschätzt, sondern einfach verordnet und ohne finanzielle Abgeltung verlangt. Bei den Blutentnahmen gewährte man andern Berufsgruppen selbstverständlich eine Bezahlung. Wir hätten sie gratis machen sollen.

Die schlechteste Rolle, die wir haben können, ist diejenige des Opfers. Wenn wir diese nicht wollen, müssen wir den Menschen neue bezahlbare und gewünschte Angebote machen.

Wir versuchen z.B. das Ansehen unseres Berufsstandes zu heben und endlich auch in die universitären Gremien Eingang zu finden. Wir schlagen Lösungen für die aktuellen Probleme vor. Es sind Hausarzttage durchgeführt worden. Es sind Praxen evaluiert worden. Es geschieht etwas.

Leider sind die bisherigen Tests à la Swiss-Pep darauf ausgerichtet, herauszufinden, ob unser jetziges, möglicherweise veraltetes Angebot, gerettet werden könnte. Es bleibt unklar, was für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit heute nötig ist. Es stärkt auch unser Selbstvertrauen nicht, sondern es ist ein ängstliches Schielen auf das, was die Leute von uns und über uns sagen könnten. Wir müssen von diesem konservierenden System wegkommen. Es tut sich ein grosses Tätigkeitsfeld auf.

Wir konnten Felix Heule als Fachgruppenobmann für Tarmed-Fragen gewinnen. Dies soll uns helfen, mit den Problemen zurechtzukommen. Bei Fragen können Sie sich mit ihm in Verbindung setzen. Der Tarmed hat uns viel Zeit und Kraft genommen. Es ist der Moment gekommen, weiter zu schreiten und andere wichtigere Ereignisse nicht zu verpassen. Die Aufhebung des Kontrahierungszwanges ist so ein Thema. Es handelt sich um eine ideologische Verengung des Denkens, wenn man annimmt, dass allein durch die Aufhebung der allgemeinen Zahlungspflicht der Kassen eine Konkurrenz entstünde, die automatisch zu einer Senkung der Gesundheitskosten führt. Wir befürchten, wir würden beliebig erpressbar und schliesslich Abhängige oder sogar Angestellte der Kassen. Der Patient stünde nicht mehr im Vordergrund, sondern die Kassen als Auftraggeber. Die Angst vor den Kassen beeinflusst

unsere ärztliche Tätigkeit schon heute. Ohne uns geht im Gesundheitswesen aber nichts. Wenn der Kontrahierungszwang fällt, dürfen nicht zweifelhafte Statistiken und rein ökonomische Kriterien den Entscheid bringen, welcher Arzt auf Kassenkosten praktizieren darf. Es müssen unbedingt auch ärztliche Kriterien einfließen. Und diese können nur wir einbringen. Die Politiker verfügen nicht über dieses Wissen. Damit sind wir gefordert. Wir müssen die Grundlagen zum Entscheid erarbeiten. Wir werden sonst zu Verhinderern, und diese Rolle wollen wir nicht. Es genügt nicht, dagegen zu sein, wir müssen mitformen. Der Vorstand hätte das Referendum unterstützt, sieht aber dringend die Notwendigkeit, hier unsere Vorstellungen in die Öffentlichkeit zu tragen.

Wegen dieses Themas habe ich einen Briefwechsel mit dem Kantonsarzt geführt. Er teilt mir mit, dass sich die Sanitätsdirektion vehement dagegen wehrt, einen Bedürfnisnachweis definieren und beurteilen zu müssen. Es fehlen die Kriterien. Im Moment käme es darauf hinaus, dass die jetzige Versorgung mit kleinen Korrekturen dem Bedürfnis entspräche. Ich verstehe die kantonalen Behörden. Da kann man sich nur die Finger verbrennen. Im Thurgau haben sich alle Leistungserbringer, inklusive Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheker usw., zu einem Zweckverband zusammengeschlossen. Mit diesem muss verhandelt werden. Daran kommt keine Kasse vorbei. Helsana-Manser hat dann auch verlauten lassen, dass er nur noch mit einzelnen Leistungserbringern verhandeln wolle, nach dem Prinzip des «divide et impera» Wenn der Verband hält, wird ihm das nicht gelingen.

Zu reden gab der Notfalldienst. Wir Hausärzte dürfen ihn nicht aus der Hand geben. Es ist *unser* Berufsbild, das dort sichtbar wird. Im Notfalldienst gewinnen wir unsere Kunden und können der Idee der Grundversorgung zu wachsender Bedeutung verhelfen. Verschiedene Organisationen wollen die ersten Anlaufstellen werden. Die Kassen puschen ihren 24-Stunden-Service. Die Pharmafirmen richten immer mehr telefonische Auskunftsstellen ein, so z.B. für die erektile





## BAG und DACH empfehlen

allen Frauen die schwanger werden möchten oder könnten zusätzlich zu folsäurereicher Nahrung die kontinuierliche Einnahme von **0,4 mg Folsäure pro Tag in galenischer Form** <sup>1)</sup> nichts mehr, nichts weniger und nichts anderes

1) Bulletin des Bundesamtes für Gesundheitswesen 16/1996; DACH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr 2000

Z: Folsäure 0.4mg; I: Vorbeugung von Neuralrohrdefekten; D: 1 Tablette täglich; KI: Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff; UAW: selten allergische Reaktionen oder leichte gastrointestinale Störungen; IA: v.a. Folsäureantagonisten, Antiepileptika; P: 30 und 90 Tabletten. Liste C. Andreaabal AG, 4054 Basel. Mehr im Kompendium

Dysfunktion, den Diabetes mellitus, für Gewichtsprobleme und Rauchentzug. Damit werden die Kosten nicht gesenkt und uns wird das Heft aus der Hand genommen. Der Gesundheitsmarkt ist ein Wachstumsmarkt. Es gibt spezielle Agenturen, die in ihn investieren. Wer weiss, wer die Call-Centers der Kassen sponsert, merkt, dass es hier nicht ums Sparen geht, sondern darum, die Errungenschaften der Industrie und Dienstleistungsbetriebe auch an uns vorbei an den Mann/die Frau zu bringen. Unsere Bequemlichkeit, wie sie in der immer abnehmenden Zahl der Ärzte, die noch Notfalldienst verrichten, zutage tritt, kann dazu führen, dass wir nur noch ausführen, was andere wollen. Hier gilt es, aufmerksam zu sein und unsere Position einzunehmen.

Unsere Pressemitteilung zum zehnjährigen Jubiläum wurde von der BZ verbreitet, von der BaZ ignoriert. Während zunehmend ein ökonomisch begründeter Zweckjournalismus um sich greift, haben wir Mühe, unsere Anliegen an die Öffentlichkeit zu bringen. Die Presse würgt uns ab. Die Medialisierung der Medizin bringt höchstens noch 5% wissenschaftliche Artikel. Der Rest ist Reklame und dient finanziellen Interessen. Experten sind

Alibifiguren, machen dem Volk aber Eindruck. Die Verkaufsbotschaften kommen an.

Wir haben über eine Presseaktion nachgedacht. Wir haben eingesehen, dass wir hier professionelle Hilfe brauchen. In der Person von Kathrin Censier hoffen wir, Unterstützung zu finden, um die nötigen Fäden spinnen zu können.

Trotz immer besseren medizinischen Angeboten und immer mehr Aufwand im Gesundheitsbereich gibt es Krankheiten, die zunehmen und bedrohlich um sich greifen. So z.B. der Diabetes mellitus. Sein Beispiel zeigt, wie sehr wir auf mehr Eigenverantwortung der Menschen angewiesen sind. Gerade dort kann der Doktor das Problem nicht lösen, sondern nur der Patient. Allein seine Mitwirkung kann seinen Zustand ändern. Passives Anspruchsdenken verhindert jeden Erfolg. Diese Problematik stellt sich uns täglich, besonders auch bei jedem Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis, bei jedem Invaliditäts-Fall. Da ist noch viel Wissen zu vermitteln. Wir werden die Einstellung zum Phänomen Krankheit im Volk ändern müssen.

Mit Facharztprüfungen, Fortbildungszertifikaten, dem Schreiben von Artikeln für die Fachpresse (Synapse, Primary-

Care) und anderem mehr musste sich der Vorstand nicht befassen, weil die zuständigen Personen diese grosse Arbeit autonom mit hervorragender Qualität verrichten. Allen sei hiermit dafür gedankt. Wenn ich diesen Bericht schreibe, kämpfe ich nicht nur gegen aussen, sondern auch gegen innen, gegen unseren Kleinmut, unsere Ängste und die Resignation. Wir meinen, alles falsch zu machen, dabei können wir gar nicht viel falsch machen, nur eines, nämlich nichts zu machen, uns nicht zu bewegen. Der Aufschwung beginnt im Kopf. Ich wünsche mir, dass es immer mehr Kolleginnen und Kollegen gibt, die bereit sind, unsere Aufgaben mitzuformen. Es lohnt sich.

### Erinnerung:

Am Alumni-Tag 2004 der Medizinischen Fakultät der Universität Basel findet im Rahmen des zehnjährigen Jubiläums der FIHAM (fakultäre Instanz für Hausarztmedizin) das Symposium «20 Jahre Hausarztmedizin an der Medizinischen Fakultät Basel» statt (s. auch Voranzeige in der Synapse 03/2004, Seite 20).

## Spezialsprechstunde Bruderholz

# Zusammenarbeit zwischen EPD und KJPD in der Abklärung psychotischer Frühphasen

*Dr. med. A. Simon,  
Oberarzt EPD Bruderholz;  
Frau lic. phil. B. Roth,  
Leitende Psychologin KJPD Bruderholz;  
PD Dr. med. J. Bösch,  
Chefarzt EPD Baselland;  
Dr. med. E. Isler,  
Chefarzt KJPD Baselland*

Im Herbst 2002 haben wir in den EPD Bruderholz die Spezialsprechstunde zur Abklärung und Behandlung psychotischer Frühphasen eröffnet (s. Synapse 6/02 und 6/03). Zwischen Januar und Dezember 2003 kam es bei 125 Kontakten zu 77 Abklärungen, wovon sich bei 16 Patienten eine erste psychotische Episode diagnostizieren liess und bei 17 Patienten ein Zustand, den wir als «psychose-gefähr-

det» beurteilten und weiterhin beobachten. Diese hohe Nachfrage widerspiegelt sich auch in unserer im Jahre 2003 durchgeführten Befragung von 224 Hausärzten des Kantons BL und der solothurnischen Bezirke Thierstein und Dorneck, welche unser Angebot der niederschweligen Abklärung begrüsst (s. Synapse 6/03).

Wir freuen uns nun sehr, Ihnen mitteilen zu können, dass wir ab April dieses Jahres diese Spezialsprechstunde in einer Zusammenarbeit zwischen EPD und KJPD anbieten können. Dieser Brückenschlag drängt sich auf, da psychotische Frühphasen meist in einem Lebensalter beginnen, wo die Kompetenzbereiche der Jugend- und Erwachsenenpsychiater überlappen<sup>1</sup>. Die neue Zusammenarbeit

ermöglicht zudem fachlichen Austausch, der gerade im Bereich beginnender Psychosen, die stets von entwicklungspezifischen Aspekten des Individuums abgegrenzt werden müssen, bedeutend ist. Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren werden wie bisher im KJPD abgeklärt, junge Erwachsene ab 18 Jahren in den EPD.

Wir freuen uns auf die weitere angenehme Zusammenarbeit und sind angewiesen auf Ihre Rückmeldungen, Kritik und Anregungen!

<sup>1</sup> Simon AE, et al. (2003). Früherkennung schizophrener Psychosen: Ist das bestehende System ausreichend? *Swiss Medical Forum* 45, 1079–1082.



## Leserbriefe

*Die Redaktion der Synapse interessiert sich sehr für den Dialog mit der Leserschaft. Deshalb stellen wir unsere Zeilen gerne für Leserbriefe zur Verfügung. Zögern Sie nicht, setzen Sie sich an PC oder Schreibmaschine, kommentieren Sie unsere Artikel, und senden Sie Ihren Text an die im Impressum angegebene Redaktionsadresse!*



# Buprenorphin – eine neue Möglichkeit in der Behandlung der Opiatabhängigkeit

Dr. R. Jovic, Dr. M. Buchberger,  
Prof. Dr. G. A. Wiesbeck; PUK Basel

## Ziele der Substitutionsbehandlung mit Opioiden

Die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger strebt bekanntlich die Verminderung der Mortalität (Verminderung der Todesfälle durch Intoxikation, Infektion, Unfall oder Suizid), eine Verminderung der Morbidität (Verhinderung von Intoxikationen, Infektionen, Verbesserung der Erkennung und Behandlung anderer somatischer und psychischer Erkrankungen), die Verbesserung der sozialen Situation (Wohnen, Arbeit, Freizeit, Finanzen, Legalverhalten, Beziehungen, Distanz von der Drogenszene) durch Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen an. Als Fernziel bleibt die Totalabstinenz auch von den Substituten.

Um diese Therapieziele zu erreichen, stehen heute in der Schweiz die Substanzen Methadon, Diacetylmorphin (Heroin) und neuerdings auch Buprenorphin (Subutex®) zur Opiat-Substitution zur Verfügung. Methadon ist das Substitut, welches in der Schweiz am weitesten Verbreitung gefunden hat und für welches die längste praktische Erfahrung besteht. Aufgrund seiner Rezeptorspezifität und der besonderen pharmakokinetischen Eigenschaften stellt Buprenorphin, welches in niedrigeren Dosierungen aus der Schmerzbehandlung (Temgesic®) bekannt ist und in Frankreich seit langem Hauptsubstitutionsmittel für Opiatabhängige ist, eine interessante Alternative dar. In der Schweiz ist dieses Medikament seit wenigen Jahren ebenfalls zur Substitution zugelassen, dessen Bekanntheitsgrad ist jedoch noch gering.

## Unterschiede zwischen Buprenorphin und Methadon

Aus der speziellen pharmakologischen Wirkungsweise leiten sich im Vergleich zu Methadon die folgenden Vorteile für eine Substitutionstherapie mit Buprenorphin ab: Buprenorphin verfügt bei

vergleichbarer Wirksamkeit in der Entzugsbehandlung und Substitution wie Methadon über eine hohe therapeutische Breite und Sicherheit mit gering ausgeprägter Atemdepression auch in höheren Dosen. Zusätzlich vermittelt es anxiolytische und sedierende Effekte, bewirkt aber kaum Dysphorie oder eine übermässige Sedation. Die Wirkung anderer Opiode wird blockiert, d.h., zusätzlich konsumiertes Heroin ist praktisch unwirksam. Die Applikation ist aufgrund der langen Effektkinetik im Abstand von 2–3 Tagen möglich. Bei abruptem Absetzen von Buprenorphin treten lediglich geringe Entzugssymptome auf, das Abhängigkeitspotential ist geringer als bei Methadon. Eine längere Behandlung in höheren Dosen verringert zudem den Kokaingebrauch. Dank der Unwirksamkeit bei enteraler Applikation wird auch eine höhere Sicherheit bei akzidenteller Einnahme durch Kinder erreicht. Studien zur Fahrtauglichkeit zeigten eine höhere Stresstoleranz, ein gleichmässigeres Leistungsniveau und geringere Ermüdungserscheinungen als unter Methadon.

Andererseits sind jedoch, ähnlich wie bei Methadon, bei der Verschreibung einige Punkte zu beachten: Buprenorphin kann – ob sublingual eingenommen oder injiziert – bei opioidabhängigen Patienten eine Euphorie erzeugen und daher missbräuchlich verwendet werden («Gasengängigkeit»). Nach Einnahme anderer  $\mu$ -Agonisten wie Heroin oder Methadon besteht aufgrund der Rezeptorverdrängung und der geringeren intrinsischen Wirkung die Gefahr des Auftretens relativer Entzugssymptome. Bei Kombination mit atemdepressiven Substanzen wie Benzodiazepinen oder Alkohol könnten Atemdepressionen bis hin zu tödlichen Mischintoxikationen auftreten. Zudem ist – mit Ausnahme sehr hoher Dosen von Naloxon – kein spezifisches Antidot für Buprenorphin vorhanden. Einer Anwendung in der Schwangerschaft sollte analog dem Methadon eine sorgfältige Nutzen-Risi-

ko-Analyse vorausgehen. Es gibt Hinweise darauf, dass ein neonatales Entzugssyndrom seltener als unter Methadon auftritt und dann milder und kürzer verläuft.

## Zum Einsatz von Buprenorphin bei Opiatabhängigkeit

Buprenorphin eignet sich zur Erstbehandlung einer Opiatabhängigkeit, wenn noch nicht klar ist, ob primär die Totalabstinenz oder eine Substitution angestrebt werden sollte («Vorbereitungsprogramm»). Weiterhin ist es indiziert im Opioidentzug (stationär oder ambulant), zur längerfristigen Substitution und am Ende einer Substitutionsbehandlung. Das Indikations- und Bewilligungsverfahren entspricht demjenigen von Methadonbehandlungen. Aufgrund der limitierten euphorisierenden Wirkung ist Buprenorphin ein für den illegalen Missbrauch weniger attraktives Medikament als z.B. Heroin oder Methadon. Patienten berichten, sie hätten im Vergleich zu Methadon einen klareren Kopf, fühlten sich nicht mehr gedämpft und stimmungsmässig gedrückt und könnten Gefühle besser wahrnehmen. Da Klarheit und fehlende Dämpfung nicht immer erwünscht sind und nicht von allen Patienten gut ausgehalten werden, muss dies bei der Indikationsstellung sorgfältig besprochen und mitbedacht werden.

Für die Behandlung stehen Sublingualtabletten in drei Dosisstärken (0,4 mg, 2 mg und 8 mg) zur Verfügung. Entgegen dem langsamen Aufdosieren bei Methadon soll die Einstellung auf Buprenorphin zügig erfolgen, da die atemdepressive Wirkung unter alleiniger Behandlung mit diesem Mittel klinisch nicht relevant ist. Die Patienten müssen eine ausreichende Zeitspanne zwischen der letzten Einnahme von Heroin (mindestens vier Stunden) oder Methadon (mindestens 24 Stunden) einhalten, da sonst ein relativer Entzug ausgelöst werden kann. Die Ein- bzw. Umstellung ist eine kritische Phase und bedarf daher



der sorgfältigen Vorbereitung des Patienten. Vor der Umstellung von einer Methadonbehandlung sollte das Methadon langsam auf 30–40 mg täglich reduziert werden.

Die optimale tägliche Erhaltungsdosis liegt zwischen 4 und 16 mg/d. Nach Stabilisierung der benötigten Tagesdosis kann dem Patienten jeden zweiten Tag die doppelte bzw. jeden dritten Tag die dreifache Tagesdosis verabreicht werden. Bei einer Dosisreduktion sind Entzugssymptome im Vergleich zum Methadon milder ausgeprägt, bei sehr langsamer Dosisreduktion können sie sogar vermieden werden. Wie bei Methadon sind die Ergebnisse einer Ausschleichbehandlung besser als diejenigen einer kurzfristigen Entzugsbehandlung.

### Fazit

Buprenorphin stellt aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften und der sich daraus ableitenden klinischen Wirkungen eine Bereicherung der Palette der Behandlungsmöglichkeiten Opioidabhängiger im Sinne einer diversifizierten opioidgestützten Behandlung dar. Es

eignet sich besonders für den Einsatz zwischen dem Bedarf nach einer Vollsubstitution mit einer starken agonistischen Substanz am  $\mu$ -Rezeptor wie dem Methadon und einer prinzipiell angestrebten, jedoch meist nicht auf Anhieb zu erreichenden Totalabstinenz. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit im Entzug und in der mittel- bis langfristigen Substitutionsbehandlung sind besser als diejenigen von Methadon. Mögliche Vorteile gegenüber Methadon bestehen in der fehlenden Dämpfung bzw. der erhaltenen «Klarheit im Kopf», der hohen therapeutischen Breite und Sicherheit, der schnellen Aufdosierbarkeit, dem geringeren Abhängigkeitspotential, dem leichteren Entzug, der fehlenden Dysphorie durch Antagonismus am  $\kappa$ -Rezeptor und der Möglichkeit zur Einnahme in zwei- bis dreitäglichem Abstand.

### Literatur

1. Soyka, M., Fischer, G., Ladewig, D., et al.: Empfehlungen zur Anwendung von Buprenorphin (Subutex®) in der Sub-

stitutionsbehandlung opioidabhängiger Patienten in der Schweiz, Österreich und Deutschland. *Suchtmed* 2 (1) 43–53 (2000)

2. Eder, H., Fischer, G., Gombas, W., et al.: Comparison of Buprenorphine and Methadone Maintenance of Opiate Addicts. *Eur Addict Res* 4 (Suppl 1): 3–7 (1998)
3. Ford, C., Gordon, S., Lintzeris, N., et al.: Guidance for use of buprenorphine for the treatment of opioid dependence in primary care. *Royal College of General Practitioners* (2003)
4. Johnson, R. E., et al.: A comparison of Levomethadyl acetate, Buprenorphine, and Methadone for opioid dependence. *N Engl J Med* 344 1290–1297 (2000)
5. Empfehlungen des BAG (Januar 2000)
6. Gross, A., Soyka, M.: Buprenorphin – ein neuer Ansatz in der Pharmakotherapie opiatabhängiger Patienten. *Suchtmed* 1 (1) 5–14 (1999)

# Cannabis und Psychose

*Dr. med. Andor E. Simon,  
Oberarzt Externe Psychiatrische Dienste  
Bruderholz,  
Leiter der Spezialsprechstunde  
zur Abklärung und Behandlung  
psychotischer Frühphasen,  
Vizepräsident Swiss Early Psychosis  
Project (SWEPP)*

## Cannabis: neue Grundlagen für alte Diskussionen

Weltweit hat der Konsum von Cannabis, insbesondere unter jungen Menschen, markant zugenommen. Zudem hat sich pro «Joint» der Gehalt von  $\Delta^9$ -THC, dem psychoaktivsten von über 60 Cannabinoiden, in den letzten Jahren verzehn- bis verdreissigfacht.

Diese Entwicklungen haben ältere Diskussionen um die Gefährlichkeit von Cannabis aufs neue entfacht, und zwar gleichsam unter Politikern, in der Öffentlichkeit und in Forschungsgruppen. Den-

noch wird kaum eine andere Droge so kontrovers diskutiert wie Cannabis. In der aus psychiatrischer Sicht geführten Diskussion um die Gefährlichkeit von Cannabis ist vor allem die Entdeckung von Cannabisrezeptoren und von Endocannabinoiden im Gehirn und somit das bessere Verständnis über die biologische Wirkung von Cannabis, insbesondere betreffend Psychosen, bedeutsam geworden.

## Die biologische Wirkung von Cannabis

$\Delta^9$ -Tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC) ist das psychoaktivste Cannabinoid, welches aus der Pflanze Cannabis sativa gewonnen werden kann. Zu den am besten erforschten Eigenschaften von Cannabis zählen seine schmerzlindernde und antikonvulsive Wirkung. Überdies wurde Cannabis kontrolliert auch in der Behandlung von Glaukom- oder Multiple-Sklerose-Patienten eingesetzt. Resorbier-

tes  $\Delta^9$ -THC wird hauptsächlich im Fettgewebe gespeichert und daher nur langsam abgebaut, womit es also zu einer Anreicherung von Cannabinoiden im Körper kommen kann. Als lipophile Substanz dürfte es sich auch in Zellmembranen anreichern und dort zelluläre Vorgänge mitbeeinflussen.

## Cannabisrezeptoren

Der entscheidende Durchbruch in der Erforschung der Wirkung von Cannabis auf zentralnervöse Strukturen war 1988 die Entdeckung der beiden Typen von Cannabisrezeptoren, der  $CB_1$ -Rezeptoren und  $CB_2$ -Rezeptoren. Während beide Rezeptorentypen in der Peripherie gefunden wurden, kommen die  $CB_1$ -Rezeptoren nur im Gehirn vor.  $CB_1$ -Rezeptoren gehören zu den zahlreichsten unter den neuronalen Rezeptoren. Besonders hohe Dichten konnten v.a. an den präsynaptischen Nervenendigungen der Basalganglien, des

Kleinhirns sowie von Teilen des Cortex gezeigt werden, also Hirnregionen mit koordinativen Aufgaben in Bereichen der Kognition und der Motorik. Die höchste Dichte wurde in hippocampalen Strukturen gefunden, welche mit Gedächtnis und Lernfähigkeit in Zusammenhang gebracht werden. Die beeinträchtigenden Wirkungen von  $\Delta^9$ -THC auf das Gedächtnis und die Lernfähigkeit werden der hohen CB<sub>1</sub>-Rezeptordichte zugeschrieben.

### Endocannabinoide

1992 wurde im Gehirn ein erster endogener Ligand zum Cannabisrezeptor gefunden, die Anandamide. Anandamide sind insgesamt nur in niedrigen Mengen vorhanden und werden nur bei Bedarf durch enzymatische Umwandlung aus Zellmembranen freigesetzt. Es konnte gezeigt werden, dass die Anandamidsynthese durch Dopamin-2-Rezeptoren-Agonisten aktiviert wird und konsekutiv zu einer Erhöhung der CB<sub>1</sub>-Rezeptordichte führt. Im Vergleich zu  $\Delta^9$ -THC ist die pharmakologische Wirkung von Anandamiden 4–20fach geringer und kürzer wirksam, was auf die rasche Aufnahme in Neurone und Astrozyten und enzymatischen Abbau zurückgeführt wird.

Cannabis scheint das mesolimbische dopaminerge «Belohnungssystem» zu aktivieren, wobei der Mechanismus der Cannabinoid-induzierten Dopaminausschüttung im mesolimbischen System noch nicht sicher geklärt ist. Dopaminerge Neurone im mesolimbischen System stehen unter der Kontrolle von inhibitorischen GABAergen Interneuronen. Ein Mechanismus scheint eine präsynaptische Inhibition der GABA-Aktivität zu sein, was zu einer verstärkten Dopaminausschüttung führt.

### Cannabis und Psychose

Die Aktivierung des mesolimbischen Systems während der akuten Episode einer schizophrenen Psychose und die Manifestation florider, sogenannter positiver Symptome ist bekannt. Die  $\Delta^9$ -THC-induzierte Inhibition inhibierender GABAerger Neurone trägt in psychotischen Patienten zu einer Zunahme be-

stehender dopaminergischer Aktivität und in Psychose-vulnerablen Individuen zur entscheidenden Erhöhung dopaminergischer Aktivität bei, so dass dann die Schwelle für die klinische Manifestation der Psychose erreicht und überschritten wird. Im Vergleich zu den Endocannabinoïden hat  $\Delta^9$ -THC eine vielfach stärkere und längerdauernde Wirkung und dürfte gleichsam «toxische» Wirkung haben, so dass der postulierte, regulierend wirkende antipsychotische Schutz der endogenen Cannabinoide durch die exogen zugeführten Cannabinoide zusätzlich aufgehoben wird. Die Beobachtung, dass gewisse Patienten den Cannabiskonsum sistieren und dann erst über psychotische Symptome berichten, wird damit erklärt, dass mit wegfallendem Cannabiskonsum auch die Anandamid-Konzentration abfällt und somit der endogene antipsychotische Schutz abfällt. Gleichzeitig bewirkt Cannabis ein amotivationelles Syndrom und kann so die Negativsymptomatik einer Psychose verstärken.

Der Zusammenhang zwischen Cannabis und Psychose ist in einer Reihe von klinischen, epidemiologischen und Geburtskohorten-Studien untersucht worden. Eine kürzlich erschienene Übersichtsarbeit dieser Studien kam zum Schluss, dass Cannabiskonsum in der Adoleszenz zu einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko führt, an einer Schizophrenie oder einer schizophreiformen Störung zu erkranken.

### Die gesundheitspolitischen Konsequenzen des Cannabiskonsums

Ob die weltweit steigende Prävalenz des Cannabiskonsums mit der Zeit auch zu einer Zunahme der Prävalenz schizophrener Psychosen führt, kann zum heutigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Es liegt jedoch genügend Evidenz vor, dass Konsum von Cannabis in psychose-vulnerablen Individuen zu einer Erstepisode und in bereits psychotischen Individuen zu einer Verschlechterung der psychotischen Symptomatik führen kann. Beunruhigend ist daher, dass nicht nur die Häufigkeit des Cannabiskonsums sowie die Konzentration des  $\Delta^9$ -THC steigen,



sondern die Konsumenten auch immer jünger werden. Wenn dieser Trend anhält, ist es möglich, dass in Zukunft psychose-vulnerable Individuen in jüngerem Alter psychotisch werden, d.h. noch im jugendlichen oder jungen Erwachsenenalter und somit noch vor einem Schul- oder Lehrabschluss, so dass sie häufig keine Gelegenheit haben, die in dieser Lebensphase so entscheidende Sozialisation zu erfahren. Das junge Erst-erkrankungsalter wurde mehrfach mit einem ungünstigen Krankheitsverlauf assoziiert. Die toxische Wirkung von Cannabis auf das sich in dieser Lebensphase noch in Reifung befindliche Gehirn führt zu prognostisch ungünstigen kognitiven Einbußen, die diese Krankheitsverläufe ebenso wie die mangelnde Krankheitseinsicht und die damit ungünstigeren Behandlungsmöglichkeiten auszeichnen.

SWEPP (Swiss Early Psychosis Project) setzt sich für eine entsprechende, differenzierte Aufklärungsarbeit ein und organisiert daher mit führenden Experten aus Europa am 17. Juni 2004 in Zürich ein Symposium (kostenlose Einschreibung via [www.SWEPP.ch](http://www.SWEPP.ch)).

(Die entsprechende Literatur kann beim Autoren angefragt werden.)

# Die KONTAKTSTELLE FÜR PSYCHOANALYSE findet einen wichtigen Platz in der psychosozialen Versorgung der Region Basel

lic. phil. C. Olshausen Küchenhoff,  
Fachpsychologin für Psychotherapie FSP  
in eigener Praxis in Basel

Die Psychoanalyse und von der Psychoanalyse abgeleitete Psychotherapieverfahren spielen in der ambulanten Krankenversorgung in der Schweiz eine wichtige und entscheidende Rolle. Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie werden seit über 80 Jahren empirisch fortlaufend überprüft. Auch heute werden in Deutschland, England und aktuell auch in der Schweiz grosse empirische Forschungsprojekte durchgeführt, die den modernen Anforderungen an Wissenschaftlichkeit voll genügen. Ich verweise auf die Literaturangaben am Schluss des Artikels, insbesondere möchte ich auf die Studie von Leuzinger-Bohleber, et al. (2001) und auf die Forschungsinitiative FIPP der EPPP zu ein- und zweistündigen psychoanalytischen Psychotherapien in der deutschen Schweiz hinweisen. Die Ergebnisse sind ermutigend.

Die Psychoanalyse hat viel anzubieten: Konzepte zur Beratung und zur fokalen Kurzzeittherapie ebenso wie langfristige therapeutische Prozesse, entweder als Psychoanalyse (3–4 Stunden pro Woche) oder psychoanalytische Psychotherapie (1 bis 2 Stunden pro Woche). Die genaue Indikationsstellung mit einer umfassenden Beziehungsdiagnostik am Anfang jeder Therapie hilft den Patientinnen<sup>1</sup>, das richtige Angebot innerhalb des breiten Spektrums der Psychoanalyse zu finden.

*Zeitökonomisierung* ist zu einem beliebten Schlagwort geworden, das in der aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen in aller Munde geführt wird; sie kann nicht für alle Patientengruppen gut

sein. Manche leidende Menschen brauchen für ihre seelische Entwicklung und Veränderung Zeit. Die Psychoanalyse kann diese Entwicklung theoretisch und in der praktischen Behandlung aufgreifen. Im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Verfahren erreicht die psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse Menschen, die unter neurotischen Beziehungsschwierigkeiten leiden, aber ebenso sehr Menschen mit schwersten Persönlichkeitspathologien, oftmals aufgrund von frühen (Trennungs-)Traumata. Diese schweren Beziehungspathologien haben sich negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung und -entfaltung ausgewirkt und können auch nur in einer längeren, tragfähigen und haltenden Beziehungserfahrung wirksam bearbeitet werden. Dafür hat die Psychoanalyse grundlegende theoretische Konzepte entwickelt; sie kann diese in der Unmittelbarkeit der therapeutischen Beziehungsarbeit umsetzen. Psychoanalytische Verfahren zeichnen sich dadurch aus, dass sie in der Gegenwart der therapeutischen Beziehung arbeiten. Gerade für chronifizierte Beziehungspathologien kann diese Arbeit in und mit der therapeutischen Beziehung die einzige Möglichkeit für eine Heilung darstellen.

Die **Kontaktstelle für Psychoanalyse** situiert sich in der Versorgungslandschaft der Region Basel und ist vor allem zuständig für die Indikationsstellung *längerfristiger Psychotherapien*. Sie steht im dritten Betriebsjahr seit ihrer Eröffnung im Oktober 2001. Die Kontaktstelle für Psychoanalyse war im letzten Betriebsjahr während 40 Wochen geöffnet und hat insgesamt 30 Anrufe erhalten, 23 Erstgespräche und 20 Zweitgespräche geführt. 7 Anrufe galten informativen Anliegen rund um die Psychoanalyse. Seit es die Kontaktstelle für Psychoanalyse gibt, wird eine begleitende Evaluation mit dem Zweck des Leistungs-

nachweises durchgeführt. Zu jedem Gespräch wird ein Datenblatt ausgefüllt, erfasst werden soziodemographische Daten, die Beschwerden und die therapeutische Vorgeschichte. Die Mehrheit der Ratsuchenden gab an, unter Beziehungsproblemen (60%) und/oder unter Depressionen (52%) oder Angst (44%) zu leiden. Wichtig erscheint, dass knapp die Hälfte der Personen, die sich an die Kontaktstelle wendeten, eine Therapievorgeschichte hatten (Klinikaufenthalte, abgebrochene Therapien, Gespräche mit Psychotherapeutinnen oder Gespräche in Beratungsstellen). Im aktuellen Betriebsjahr meldeten sich mehr Personen, die spezifischere Anliegen zur Psychoanalyse oder zu psychoanalytischen Behandlungen hatten, als im Vorjahr. Im Jahr der Eröffnung wendeten sich viele Menschen mit eher diffusen Anliegen an die Kontaktstelle, sie hatten sich von der Unentgeltlichkeit und Niederschwelligkeit des Angebotes angezogen gefühlt.

## Indikationsstellung für längerfristige psychoanalytische Psychotherapien

Für die Überweiserin mag es hilfreich sein zu wissen, dass sie selber nicht mit den Fragen der Indikationsstellung für längerfristige psychoanalytische Psychotherapien vertraut sein muss. Sie kann sich darauf verlassen, dass an der Kontaktstelle Kolleginnen und Kollegen (Ärztinnen und Psychologinnen) arbeiten, die alle über langjährige Praxiserfahrung verfügen. Sie stellen mit der Patientin die Indikation, entwickeln ein *Procedere*, geben Rückmeldung und empfehlen eine geeignete Therapie. Die Überweiserin wird in der Sprechstunde auf Patientinnen treffen, die unter schwerwiegenden Trennungserfahrungen gelitten haben und deswegen in ihren aktuellen Beziehungen, in der Ehe, mit den Kindern oder im Berufsleben nicht zurechtkommen. Es sind dies oft Patientinnen, die mit Angst, Depression oder psychosoma-

<sup>1</sup> Im Artikel wird der Einfachheit halber die weibliche Form benutzt, die männliche Form ist darin eingeschlossen.



tischen Beschwerden in die Praxis kommen und unter einem chronischen Leidensdruck stehen. Es ist wichtig, auf diese Menschen in der medizinischen Sprechstunde aufmerksam zu werden und an die Möglichkeit einer längerfristigen Psychotherapie zu denken. Klinische Erfahrung und Forschungsergebnisse zeigen, dass viele Menschen gut von der psychoanalytischen Behandlung profitieren können, indem sie erfahren, wie sich ihre Symptome verändern und vielleicht auch verschwinden, wie sie mit ihnen anders leben können, wie sich ihr Verständnis für sich selber und für andere erweitert und sie besser lernen, mit den inneren Konflikten zu leben, die immer wieder zu ähnlichen Beziehungskonstellationen führen. Innerhalb der Organisation der Kontaktstelle gibt es eine gemeinsame Super-

vision. Alle geführten Gespräche werden besprochen und diskutiert. Daraus resultiert eine besonders sorgfältige Abklärungsarbeit.

Die **Kontaktstelle für Psychoanalyse** ist unter der Telefonnummer 061 423 87 83 montags von 13.00 bis 14.00 Uhr und donnerstags von 17.30 bis 19.00 erreichbar. Ausgebildete Psychoanalytiker/ Psychoanalytikerinnen nehmen die Gespräche entgegen und vereinbaren ein oder zwei Gespräche, die jeweils ca. 1 Stunde dauern. Diese ersten Gespräche sind kostenlos.

#### Literatur

- EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) (Hrsg): Argumentarium. Die psychoanalytische Psychotherapie.

Grundlagen, Therapeutische Wirkungen, Wirtschaftlichkeit, Aktueller Forschungsstand 2003 (2., überarbeitete Auflage). Bestellung bei Sekretariat EFPP, c/o D. Leser-Junack, Spiegelbergstrasse 4, 4059 Basel.

- Forum der Psychoanalyse 1, 2004. Thema des Sonderheftes «20 Jahre Forum der Psychoanalyse», darin die «Stellungnahme zur psychoanalytischen Psychotherapie».
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. In: Psyche – Z Psychoanal 55:193–275.

#### Forum

## Ärger mit Tarmed

*Dr. med. Claude Mussler,  
Orthopädische Chirurgie FMH, Basel*

In der «Schweizerischen Ärztezeitung» erscheinen Inserate von Software-Unternehmen, die ihre Leistungen zur Anwendung von Tarmed in der Arztpraxis anpreisen. Kürzlich war ein derartiges Inserat mit «Ärger mit Tarmed» überschrieben. Ich schliesse daraus, dass Ärger mit Tarmed nicht nur zu meinem, sondern auch zum Praxisalltag vieler Schweizer Ärzte gehört.

Seit der Einführung von Tarmed hatte ich verschiedentlich Telefongespräche mit Exponenten der Versicherer, sowohl von Krankenkassen, Unfall- wie der Invalidenversicherung. Dabei stellte ich immer wieder fest, dass auch für diese Personen Tarmed nur mit viel Ärger verbunden ist. Ich stelle fest, dass auch die FMH wegen der vielen Unzulänglichkeiten des Tarmed im Zusammenhang mit dessen Einführung völlig überfordert ist. Ich verweise auf die Probleme mit den Radiologen, den Belegärzten, der Dignität, den EAN-Nummern etc. etc. Wahrscheinlich wird diese Überforderung noch Jahre dauern.

Soeben lese ich in der «Basler Zeitung», dass die Krankenkassen jährlich 1,3 Mil-

liarden Franken für ihre Verwaltungsaufgaben aufwenden. Wenn man berücksichtigt, dass der rein administrative Aufwand (zum grössten Teil für Krankenkassen und Versicherungen) in einer Arztpraxis je nach Fachgebiet bis zu 50 Prozent des Zeitaufwandes ausmacht und dass der rein administrative Aufwand in einem Spital auch ein rechter Brocken sein dürfte, so kann man davon ausgehen, dass die 1,3 Milliarden Franken für den Aufwand der Krankenkasse ein Bruchteil dessen sind, was tatsächlich an medizinisch unproduktivem administrativem Aufwand in der Schweiz getrieben wird. Nach meiner bisherigen Erfahrung trägt Tarmed ohne Zweifel wesentlich zur Steigerung dieses unnötigen und medizinisch unproduktiven Aufwandes bei, sowohl bei den Ärzten wie auch bei den Versicherern.

Die Offerte vom 30.1.2003 für eine Tarmed-Software für meinen Praxis-Computer (ohne Mehrwertsteuer, ohne Installation der Hardware, ohne Schulung und ohne Wartungsvertrag etc.) betrug Fr. 7'735.90. Unter der Annahme, dass in der Schweiz 20'000 Ärzte wegen Tarmed zwangsläufig eine neue Software haben müssen, ergibt dies einen Betrag von mindestens 155 Millionen Franken aus-

schliesslich für den Kauf der Tarmed-Software in den Arztpraxen. Nutzniesser sind die Software-Lieferanten, die Anbieter von Tarmed-Kursen, die Computerfirmen, die Trust-Centers, die Krankenkassen, die Rechnungs-Validatoren etc. etc. Ich wage es nicht, mir vorzustellen, wie viele Hundert Millionen oder gar Milliarden die Einführung von Tarmed in die EDV-Abteilungen der Spitäler, der Krankenkassen, der Versicherungen etc. bereits verschlungen hat und vor allem weiter verschlingen wird.

Es ist wohl eine Illusion zu glauben, dass ein so unvorstellbar kompliziertes Vertrags- und Tarifwerk wie Tarmed je einmal funktionieren, geschweige denn Kosten einsparen wird. Ich denke, es wird höchste Zeit, Tarmed zu begraben und zum Beispiel den übersichtlichen und bewährten bisherigen SUVA-Tarif gesamtschweizerisch für den UVG- und den KVG-Bereich einzuführen. Dies wäre in kurzer Zeit möglich, effizient und kostensparend. Es braucht nur den politischen Mut dazu, Tarmed sofort zu kündigen, bevor noch weitere Milliarden unnötig verschwendet werden.

# Aus dem Vorstand BS

## Gemeinsame Traktanden

### mit der Kantonsärztin Dr. Anne Witschi

**Konzept Epidemienmanagement:** Frau Dr. A. Witschi stellt den von ihr entwickelten Epidemiemassnahmenplan für Grossanlässe vor. Die Erstellung eines Massnahmenplanes sei auch von den asiatischen Ländern im Zusammenhang mit der Uhren- und Schmuckmesse gewünscht worden. Als Grundsatzpapier wird das Konzept auch für weitere Messen und andere Grossanlässe bei Bedarf zur Anwendung gelangen.

**Grippeimpfaktion 2003/2004:** Frau Dr. A. Witschi legt die Auswertung der letztjährigen Grippeimpfaktion vor. Daraus geht hervor, dass das Ziel beim Pilotprojekt der Grippeimpfaktion 2003 nicht erreicht worden ist. Es haben sich Leute impfen lassen, die sich auch ohne die Aktion geimpft hätten. Für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte waren Aufwand und Ertrag unverhältnismässig, es kamen zu wenig Leute in die Apotheke. Sowohl die Kantonsärztin wie auch der MedGes-Vorstand sind der Ansicht, dass bei einer weiteren Aktion 2004 nach wie vor keine Werbung gemacht werden soll, es soll keine Massenveranstaltung aus der Grippeimpfaktion gemacht werden.

## Weiterbildung Kommunikation

Die Vorstandsmitglieder sowie die Mitarbeiterinnen des MedGes-Sekretariates haben eine Weiterbildung zum Thema «Gewinnend und überzeugend kommunizieren – Wie verkaufe ich mich und meine Ideen» besucht. Im Anschluss an den lehrreichen und intensiven Nachmittag fand im Goldenen Sternen ein gemeinsames Nachtessen statt. Gesponsert wurde der Anlass inkl. Nachtessen von der Pfizer AG.

## Arbeitsgruppe Notfalldienst

Die Aufgaben der Arbeitsgruppe Notfalldienst wurden überdacht und gemeinsam mit dem Präsidenten der Arbeitsgruppe neu definiert. An der letzten Sitzung hat die Arbeitsgruppe beschlossen, die Einführung von Dokbox im Moment nicht zu unterstützen. Es sollen weitere Anbieter auf diesem Markt geprüft werden.

## NewIndex-Verwaltungsratssitzung

An der NewIndex-Verwaltungsratssitzung wurde informiert, dass die Trustcenter alle operativ sind. Es wurden ca. 6000 Verträge mit den diversen TC abgeschlossen. Ca. 4000 Ärztinnen und Ärzte rechnen über TrustX elektronisch ab. Über 360 000 Rechnungen sind bereits eingegangen.

## Arbeitsgruppe Umgang mit Tätern auf FMH-Ebene

Auf FMH-Ebene wurde eine Projektgruppe eingesetzt, die sich mit der Problematik «Umgang mit Tätern» auseinandersetzt. Unter der Leitung von Dr. W. Tschan wurde eine erste Sitzung einberufen, an welcher über den Auftrag der Projektgruppe diskutiert wurde. Ziel ist es, bis zur Ärztekammer 2005 einen Bericht vorzulegen.

## Syndata

Im Trust-Center Syndata haben sich mittlerweile 234 Ärzte aus Basel-Stadt (entsprechend rund einem Drittel der praktizierenden Mitglieder) und 254 Ärzte aus Baselland angemeldet. Aus bekannten Gründen empfehlen wir Ihnen die Teilnahme bei Syndata. Nähere Informationen dazu erhalten Sie unter [www.syndata.ch](http://www.syndata.ch) oder über die beiliegende Zeitschrift «syndata ticker».

## Kantonaler Anschlussvertrag: Festlegung der Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge von Nichtverbandsmitgliedern

Der MedGes-Vorstand hat folgende Beiträge festgesetzt:

Die **Beitrittsgebühr** für Nichtverbandsmitglieder wird auf 60% – im Einführungsjahr 2004 auf 80% – sämtlicher Jahresmitgliederbeiträge eines ordentlichen MedGes-Mitglieds mit Praxistätigkeit festgesetzt.

Der **jährliche Unkostenbeitrag** für Nichtverbandsmitglieder beträgt 50% der Summe sämtlicher Jahresmitgliederbeiträge eines ordentlichen MedGes-Mitglieds mit Praxistätigkeit. In den Jahren der Kostenneutralitätsphase wird der jährliche Unkostenbeitrag auf 80% der Summe sämtlicher Jahresmitgliederbeiträge eines ordentlichen MedGes-Mitglieds mit Praxistätigkeit festgesetzt.

## Kostenneutralitätskommission

Folgende Personen wurden in die Kostenneutralitätskommission gewählt:

Dres. Felix Eymann (Präsident), Anne-Catherine Guex, Markus Redlich, Renato Marelli, Thomas Mall, Arnold Amacher.

## Fortbildungsnachmittag

Der MedGes-Fortbildungsnachmittag vom 6. Mai 2004 zum Thema «unausgesprochen – wie spreche ich mit meinem Patienten» war ein grosser Erfolg. Ca. 100 Ärztinnen und Ärzte haben diese Fortbildung besucht und die Vorträge der Referenten Prof. Ralf Simon, Prof. Alexander Kiss, Prof. Stefan Osswald, Prof. Wolf Langewitz und Dr. Robert Heusser mit grossem Interesse verfolgt. Beim anschliessenden Apéro (gesponsert durch die Pfizer AG) im Holsteinerhof hatten die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich näher auszutauschen. Der MedGes-Vorstand dankt der Fortbildungskommission für ihren unermüdlichen Einsatz bei der Organisation dieser Veranstaltung.



Prof. Ralf Simon im Gespräch mit Dr. Andreas Schlumpf (FB-Kommission).



Podiumsdiskussion: Prof. St. Osswald, Prof. R. Simon, Prof. A. Kiss.



Anschliessender Apéro im Holsteinerhof.

# Aus dem Vorstand BL

## Task Force Selbstdispensation

Der Vorstand hat wieder eine Task Force Selbstdispensation eingesetzt. Sie bereitet aktuell u.a. die laufende Vernehmlassung zum Entwurf für ein SD-Verbotsgesetz vor. Die Vernehmlassungsfrist läuft noch bis zum 20. Juni. Jedermann und -frau ist frei, an dieser laut Gesetz öffentlichen Vernehmlassung teilzunehmen. **Jede Stellungnahme im Sinne einer Ablehnung dieses unnötigen Apotheken-Schutz-Gesetzes an die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion, Bahnhofstrasse 2a, 4410 Liestal, ist erwünscht.** Nehmen Sie bei jeder Gelegenheit das persönliche Gespräch mit lokalen Politikern auf – das nützt am meisten. Die Task Force SD dokumentiert Sie gerne. Informationen sind im Sekretariat in Sissach zu erhalten (Adresse siehe Impressum). Die Task Force bietet auch Unterstützung an, wenn öffentliche Stellungnahmen gefragt sind. Bitte nehmen Sie in diesem Fall *frühzeitig* mit uns Kontakt auf!

## KVG-Revision III

Der Vorstand hat beschlossen, sich in der nun stückweise umzusetzenden KVG-Revision für den Erhalt einer vertraulichen Arzt-Patienten-Beziehung stark zu

machen. Aus diesem Grund ist er auch jetzt gegen die Abschaffung des Kontrahierungszwangs. Denn dieser überantwortet das Gesundheitssystem letztlich dem Diktat der Krankenkassen und schafft damit ungleich lange Spiesse in der Verhandlungsposition. Die jetzige Version sieht nicht einmal ein Rekursrecht vor, sollte eine Kasse einen Arzt nicht mehr unter Vertrag nehmen! Die Kassen können somit die Arztwahl ganz wesentlich beeinflussen. Da keine anerkannten Qualitätskriterien vorliegen, werden vor allem wirtschaftliche Daten zu Ausschlüssen führen. Wir sind nicht gegen ein entschiedenes Vorgehen gegenüber systeminkompatiblen Ärzten, sprich sogenannten schwarzen Schafen. Nur tragen diese sehr oft ein weisses Fell, welches auch die Kassenstatistik nicht als Täuschung erkennen kann. Der Zulassungsstopp muss ersatzlos gestrichen werden, da er bewiesenermassen untauglich ist.

## MPA-Ausbildung

Die MPA-Ausbildung, welche von der Huber Widemann-Schule im Auftrag der Medizinischen Gesellschaft Basel und der Ärztesgesellschaft Baselland durchgeführt wird, sieht sich einer tiefgreifenden

Veränderung gegenüber. Das neue Ausbildungsreglement verlangt Röntgenaufnahmen des Achsenskeletts, des Schädels und des Beckens. Zudem wurde der allgemeinbildende Unterricht neu gestaltet. Erfreulicherweise haben sich mehr Lehrpraxen dem grossen Andrang an Lehrtöchtern gestellt und die verantwortungsvolle Aufgabe einer Ausbildung übernommen. Wegen der vor einiger Zeit erfolgten Wiedereinführung des alten Ausbildungssystems (ein Jahr Schule, zwei Jahre Praxis), welches neben dem üblichen Zug mit parallelem Schulbesuch und Praxispräsenz geführt wird, und der positiven Entwicklung der Schülerinnenzahl hat sich der finanzielle Aufwand für unsere Gesellschaft stark erhöht. Als Konsequenz müssen wir eine geringere Lehrmeisterentschädigung, als sie bisher möglich war, in Kauf nehmen. Der Vorstand dankt allen, die sich aktiv für die Sache der MPA-Ausbildung engagieren. Sie wäre nicht möglich ohne die Solidarität aller Mitglieder und auch der Spitäler unseres Kantons.

## MNZ

Die Ärztesgesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel haben beschlossen, dass der Vertrag betreffend die Medizinische Notrufzentrale zwischen den beiden Ärztesgesellschaften verlängert werden soll.

## Impressum

### Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse  
Dr. med. Franz Rohrer, Schützenstrasse 2  
4415 Lausen, frohrer@hin.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 acht Mal 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: 30.6.2004**



### 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

