



Leitartikel

«Lebenslange Verwahrung für nicht therapierbare, extrem gefährliche Sexual- und Gewaltstraftäter»

Probleme bei der Umsetzung des neuen Verfassungsartikels aus forensisch-psychiatrischer Sicht

Marc Graf, Stv. Leiter der Abteilung Forensische Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Volker Dittmann, Ordinarius für Forensische Psychiatrie und Rechtsmedizin an der Universität Basel und leitender Arzt der Abteilung Forensische Psychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

I. Einleitung

Im Oktober 1993 tötete der unter anderem wegen zweifachen Sexualmordes zu lebenslangem Zuchthaus verurteilte E. H. im Hafturlaub aus sexueller Motivation am

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Die Medizinische Notrufzentrale feiert ihren 40. Geburtstag 8
- Die grosse Hitze und ihre Folgen 10
- Faszination Alinghi – Interview mit dem sportlichen Direktor Jochen Schümann 12
- Ehrlichkeit beim Sparen 14
- Ort für Menschen und Medien – Neueröffnung Kantonsbibliothek BL 15
- Borrelieninfektion: Rationales Vorgehen in der Praxis 16
- Nachruf auf Hans Peter Lipp 17
- Aus dem Vorstand BS 18
- Aus dem Vorstand BL 19

Editorial

Ende der Kostenneutralitätsphase

Dr. med. Anne-Catherine Guex, Basel

Die KN-Phase ist abgeschlossen, und die Bandbreite der ab 1.1.2006 geltenden Taxpunktwerte hat sich weiter auf 21 Rappen erhöht! Die tiefsten Werte finden sich in den Kantonen Graubünden und Wallis (78 Rappen), die höchsten in den Kantonen Jura und Waadt (99 und 98 Rappen). Auch in der Nordwestschweiz findet sich eine beachtliche Bandbreite von 12 Rappen (Aargau 90, Basel-Landschaft 96, Basel-Stadt 88, Solothurn 84 Rappen). Man mag darüber philosophieren, wie sich solche Unterschiede mittelfristig auswirken werden. Manche Ärzte aus Fachgruppen, welche vorwiegend im Zeittarif abrechnen und

somit von einem tiefen Taxpunktwert am stärksten «bestraft» werden, werden wenig motiviert sein, in Regionen mit tiefem Taxpunktwert länger als unbedingt nötig, ganztags mit grossem Engagement und vielen Überstunden ihren Beruf auszuüben. Einige werden Alternativen prüfen. Auch wird es für sie wesentlich schwieriger werden, ihre Praxisnachfolge zu sichern. Es ist damit zu rechnen, dass sich in den Regionen mit tiefen Taxpunktwerten vorwiegend Ärzte werden halten können, welche mit der Verrechnung von Einzelleistungen und sonstigen, nicht vom Tarmed abhängigen Dienstleistungen ihr Einkommen erzielen. Einzelne Patienten könnten sich gerade umgekehrt verhalten, vor allem wenn sie mobil sind und eine hohe Franchise haben. Beispielsweise könnten sich künftig Baselbieter

Patienten von Ärzten im Kanton Solothurn behandeln lassen und so zu einer Überlastung der dortigen Ärzte beitragen. Die weniger mobilen, oft polymorbiden Patienten werden sich auch in Zukunft nahe ihres Wohnortes behandeln lassen müssen. Falls sich dort keine kostengünstigen Ärzte mehr finden, werden sie sich zwangsläufig von einem oder mehreren Spezialisten behandeln lassen, womit das Ziel der ganzen Übung, nämlich die Kosten zumindest nicht weiter ansteigen zu lassen, verfehlt wird. Aus den erwähnten Gründen wäre es deshalb sinnvoll, eine Kostenregion Nordwestschweiz mit einem einheitlichen Taxpunktwert zu bilden.

Zollikerberg eine 20jährige Pfadfinderführerin. Im März 1994 erschoss der wegen schwerer Persönlichkeitsstörung und Verdacht auf Schizophrenie zivilrechtlich untergebrachte P. G. in Bern-Bremgarten aus pathologischer Rache-motivation eine ihm völlig unbekannt 16jährige Schülerin. Als Reaktion darauf wurden noch im gleichen Jahr mehrere Arbeitsgruppen eingesetzt, welche landesweit «gemeingefährliche» Straftäter erfasst und Empfehlungen für den zukünftigen Umgang mit dieser Tätergruppe ausgearbeitet haben. Wesentliche Ergebnisse waren eine Kriterienliste zur Prüfung von Vollzugslockerungen sowie die Einrichtung von interdisziplinären Fachkommissionen zur Beurteilung besonders gefährlicher Straftäter. Bei der kritischen Analyse des bisherigen Vollzugssystems wurden auch schwerwiegende Mängel formeller und inhaltlicher Art bei der Erstellung von Kriminalprognosen festgestellt und danach neue Kriterien und Verfahrensabläufe nach international anerkannten wissenschaftlichen Qualitätsstandards etabliert (siehe z. B. Dittmann, 2000).

Ab 1996 wurden dann in allen Strafvollzugskonkordaten Fachkommissionen zur Beurteilung der «Gemeingefährlichkeit» von Straftätern eingesetzt, die die Strafvollzugsbehörden und Anstaltsleitungen in Form eines interdisziplinären Kollegialgutachtens in allen kritischen Fällen bei Lockerungs- oder Entlassungsfragen beraten. Die Empfehlungen der Fachkommissionen werden ausführlich schriftlich begründet. Sie haben zwar keinen rechtlich bindenden Charakter, in der Praxis wird aber kein Vollzugsverantwortlicher ohne Übernahme des vollen Haftungsrisikos von einer Kommissionsempfehlung abweichen können.

Die Kommissionen setzen sich aus einem vorsitzenden Richter oder einer Richterin sowie Personen aus den Bereichen Strafverfolgung, Straf- und Massnahmenvollzug, Sozialarbeit, Forensische Psychiatrie und Psychologie zusammen. Derzeit sind in der Schweiz ca. 120 Personen nach Art. 43 Ziff. 1 Abs. 2 StGB verwahrt, die meisten davon in Strafanstalten, einige in Massnahmenvollzugsinstitutionen, und nur wenige in Psychiatrischen Kliniken. Jährlich werden in der Schweiz, mit leicht steigender Tendenz, ca. 12 bis 14 neue Verwahrungen ausgesprochen. Da seit 1996 die Entlassungspraxis deutlich restriktiver wurde und seither nur noch durchschnittlich ein Straftäter pro Jahr aus

einer Verwahrung entlassen wird, steigt der Bedarf an Plätzen in geeigneten Institutionen entsprechend stark an.

Das Modell der Fachkommissionen ist kriminalpräventiv sehr erfolgreich, es wird im deutschen Sprachraum von den meisten Fachexperten als vorbildlich angesehen. Seit der Einrichtung der Fachkommissionen ist es in der Schweiz zu keinem schwerwiegenden Delikt (z.B. in Form eines Tötungsdeliktes oder eines schweren Sexualdeliktes) durch einen von einer Fachkommission beurteilten Täter mehr gekommen. Mehrere Studien der Forensischen Abteilung der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel belegen eindeutig die kriminalpräventive Wirksamkeit der Fachkommissionen sowie die soliden wissenschaftlichen Grundlagen bei der Beurteilung des Risikos anhand eines von uns entwickelten Kriterienkataloges (Dittmann, 2000), der seit längerem auch von zahlreichen Institutionen im deutschsprachigen Ausland als Standardinstrument übernommen wurde.

II. Lebenslange Verwahrung für nicht therapierbare, extrem gefährliche Sexual- und Gewaltstraftäter

Am 8. Februar 2004 wurde die sog. Verwahrungsinitiative vom Volk angenommen, obwohl der Bundesrat den Räten und dem Volk Ablehnung empfahlen; der neue Artikel 123a wurde in die Bundesverfassung aufgenommen. Justizminister Christoph Blocher setzte in der Folge eine Arbeitsgruppe zur Ausformulierung eines Gesetzesentwurfes ein, welche ihren Vorentwurf am 15. Juli 2004 in die Vernehmlassung schickte. Diesem Vorentwurf ist aus breiten Kreisen erhebliche Kritik erwachsen: Richter, Anwälte, Strafrechtsexperten, Politiker und die überwiegende Mehrzahl forensisch tätiger Psychiater haben auf die mangelnde Vereinbarkeit des vorgeschlagenen Gesetzestextes mit der Europäischen Menschenrechtskonvention, unüberwindbare Vollzugsprobleme, die mangelnde kriminalpräventive Wirkung sowie die Unvereinbarkeit mit dem gegenwärtigen wissenschaftlichen Stand hingewiesen. Da sowohl in der z. Zt. parallel laufenden Revision des allgemeinen Teiles des Strafgesetzbuches, in welchem die Grundsätze der Anordnung von Strafen und Massnahmen geregelt sind, als auch im Vorentwurf zur Umsetzung der Verwahrungsinitiative der forensisch-psychiatrischen Begutachtung eine zentrale Rolle

zukommen, sahen sich die forensisch tätigen Psychiater gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zu einer Stellungnahme veranlasst.

III. Stellungnahme der SGPP zur Änderung des Schweizerischen Strafgesetzbuches betreffend die Umsetzung von Artikel 123a BV

Die Stellungnahme ist von Herrn Dr. med. Gerhard Ebner, Leiter Ressort Kommunikation und Vernehmlassungen SGPP sowie Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte, Prof. Dr. med. Volker Dittmann, Ordinarius für Forensische Psychiatrie und Rechtsmedizin an der Universität Basel, Frau Dr. med. Ursula Steiner König, Vizepräsidentin der FMH, sowie Herrn Dr. med. Hans Kurt, Präsident der SGPP, unterzeichnet. Sie äussern sich zu folgenden Punkten:

1. Problematik forensisch-psychiatrischer Prognosen für unbestimmte Zeiträume

Aus wissenschaftstheoretischer Sicht ist es unmöglich, richtige Prognosen für unbestimmte Zeiträume zu erstellen, denn ihre Gültigkeit sinkt mit zunehmendem Prognosezeitraum. Ein besonderes Problem stellen hierbei die falsch positiven Fälle dar, bei denen fälschlicherweise eine hohe Wahrscheinlichkeit für zukünftige Straftaten vorausgesagt wurde (nach der vorliegenden Literatur handelt es sich um mindestens 15–30% der als «gefährlich» eingeschätzten Straftäter). Hierbei ist auch zu beachten, dass die für die Prognoseerstellung bedeutsamen wissenschaftlich erarbeiteten Kriterien gruppenstatistisch erfasst wurden und nicht gleichzusetzen sind mit der Erwartungswahrscheinlichkeit eines Ereignisses beim einzelnen Exploranden.

Um diesen Problemen zu begegnen, wurden die folgenden Massnahmen zur Verbesserung der Gültigkeit forensisch-psychiatrischer Prognosestellungen und der Qualitätssicherung strafrechtlicher Gutachten allgemein empfohlen:

- Erarbeiten wissenschaftlicher Grundlagen zur Validität verschiedener Prognoseinstrumente.
- Koordination und Zurverfügungstellung von Ressourcen zur wissenschaftlichen Evaluation der forensisch-psychiatrischen Prognosebegutachtung schweizweit und international.
- Mit dem angestrebten Schwerpunkt «Forensische Psychiatrie» schafft die



SGPP den notwendigen Rahmen für eine breite Ausbildung qualifizierter Gutachter und die Umsetzung anerkannter Qualitätsstandards. In diesem Zusammenhang sollen auch, wie bereits ansatzweise eingeführt, Richter zur Beurteilung der Qualität von psychiatrischen Gutachten ausgebildet werden.

- Schliesslich wird in der Stellungnahme auf einer forensisch-psychiatrischen Neubeurteilung verwahrter Straftäter zu Händen der Fachkommissionen alle vier bis fünf Jahre insistiert.

2. Methodische Probleme zur Gewinnung und Beurteilung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Behandlung von psychisch kranken Straftätern lassen sich in der Regel nur erlangen, wenn die entsprechenden Probanden auch die Möglichkeit haben, sich ausserhalb der geschlossenen Unterbringung zu bewahren. Ohne solche Studiendesigns kann der Nachweis der Wirksamkeit einer neuen Behandlungsmethode im allgemeinen nicht erbracht werden. Es ist schwierig, den Verlauf unter einer im Freiheitsentzug möglicherweise «wirksamen» Behandlung mit dem Verlauf in Freiheit zu vergleichen. Nur schon auf Grund dieser Problematik dürfte kaum eine Studie die methodischen Kriterien der Wissenschaftlichkeit erfüllen. Auch

bleibt offen, wer in dieser entscheidenden Frage beurteilen soll, ob und anhand welcher Studien diese Voraussetzung erfüllt ist. Hier stellen sich bei der Umsetzung der Verwahrungsinitiative aus wissenschaftsmethodischer Sicht unüberwindbare Schwierigkeiten.

3. Strukturelle Probleme bei der forensisch-psychiatrischen Versorgung

Es wird schwierig sein, zwei unabhängige, gut ausgebildete und erfahrene Experten für die Begutachtung der Frage einer lebenslänglichen Verwahrung zu finden. Sie sollten nicht in die Behandlung der betreffenden Exploranden involviert sein und auch nicht in der gleichen Institution wie andere in den Fall involvierte Gutachter arbeiten; ehemalige Lehrer-Schüler-Verhältnisse könnten die Unabhängigkeit ebenfalls in Frage stellen, wie auch Supervisionsverhältnisse unter den Gutachterkollegen. Ferner sollten sie nicht gleichzeitig Mitglied der geplanten eidgenössischen Expertenkommission sein. Unter diesen Voraussetzungen wird es schwierig sein – besonders bei den engen geographischen Verhältnissen der Schweiz und dem Mangel an gut ausgebildeten forensischen Psychiatern –, zwei Gutachter zu finden, welche die geforderten strengen Kriterien erfüllen, und es ist damit zu rechnen, dass auf Gutachter mit weniger guter Ausbildung und Er-

fahrung ausgewichen werden muss, mit dem Resultat, dass die Gutachtenqualität eher abnimmt.

Dieser Problematik könnte wie folgt begegnet werden:

- Ausbildung hinreichend qualifizierter Gutachter siehe oben.
- Es besteht keinerlei Evidenz, dass mehrere Gutachten die Qualität und damit die Gültigkeit der Prognosestellung erhöhen. Die Qualität des Gutachtens steht und fällt mit der Kompetenz und persönlichen Erfahrung des Gutachters und der Güte der verwendeten Beurteilungsinstrumente. Zwei unabhängige Gutachten garantieren nicht automatisch zusätzlichen Erkenntnisgewinn.

4. Prognosebeurteilung allein auf Grund von Persönlichkeitsmerkmalen des Täters bei der geplanten «nachträglichen» Verwahrung

Die nachträgliche Anordnung einer «ordentlichen» Verwahrung bedarf nach dem vorgeschlagenen neuen Gesetzestext weder einer bestimmten strafrechtlichen Vorbelastung des Täters noch einer Anlasstat besonderer Schwere. Ein beliebiges Vergehen oder Verbrechen soll neu bereits genügen, sofern während des Vollzugs nachträglich eine «Gefährlichkeit» erkannt wird, welche aber bereits zum Zeitpunkt der Verurteilung bestanden haben soll. Bei der Gefährlichkeitsprognose, die der forensische Psychiater erstellt, soll dann überwiegend anhand von Persönlichkeitsmerkmalen beurteilt werden, ob schwere Delikte in Zukunft zu erwarten sind.

Eine sachgemäss durchgeführte forensisch-psychiatrische Begutachtung basiert auf Prognoseinstrumenten, die im Verlauf des letzten Jahrzehnts durch Spezialisten wissenschaftlich erarbeitet wurden, heute allgemein anerkannt sind und als zwingend anwendbar erachtet werden. Demnach wird eine **Risikokalkulation** vorgenommen, die sich an Kriterien aus unterschiedlichen Bereichen orientiert. Hierbei nehmen die Kriminalitätsentwicklung und insbesondere die Analyse der **begangenen** Tat (sog. Tatmusteranalyse) einen sehr hohen Stellenwert ein. Auch die Frage, wie sich der Täter in der Folge mit seiner Tat auseinandersetzt, ist zu berücksichtigen. Daher ist eine Verlagerung der Beachtung einzig auf die Ebene **möglicher** künftiger Delikte eines Täters ohne bereits begangene Anlasstat, wie dies im vorgeschlagenen Gesetzestext zur nachträglichen Verwah-

zung zum Ausdruck kommt, als unwissenschaftlich und methodisch verfehlt abzulehnen. Dieses Vorgehen hätte zudem eine hohe Zahl von fälschlicherweise als gefährlich eingestuften Exploranden zur Folge.

Es wird deshalb vorgeschlagen, Art. 65 Abs. 2 zur nachträglichen Verwahrung ersatzlos zu streichen. In jedem Fall müsste aber die Entscheidung völlig dem Richter überlassen werden, wenn der Gutachter eine professionelle Prognosebeurteilung wegen der oben genannten methodischen Probleme gar nicht vornehmen kann.

IV. Zusammenfassung

Die überwiegende Mehrheit der in der Schweiz forensisch tätigen Psychiater erachtet die aktuelle gesetzliche Grundla-

ge, insbesondere im Hinblick auf die anstehende Revision des allgemeinen Teiles des Strafgesetzbuches, als ausreichend für eine wirkungsvolle Verhinderung von Rückfällen durch psychisch gestörte Straftäter. Wenngleich noch in gewissen Bereichen Methoden, Verfahren und Abläufe optimiert werden können, war es nach der geltenden Gesetzeslage schon immer möglich, gegenwärtig als nicht therapierbar beurteilte psychisch gestörte Straftäter durch entsprechend gesicherte Unterbringung an der Begehung erneuter schwerwiegender Straftaten zu hindern. Die Wirksamkeit der aktuellen Praxis ist durch wissenschaftliche Studien belegt.

Nachdem der Souverän in der Volksabstimmung vom 8. Februar 2004 die Möglichkeit der unwiderrufbaren lebens-

länglichen Verwahrung besonders gefährlicher Gewalt- und Sexualstraftäter befürwortet hat, steht es den Psychiatern nicht an, den Volkswillen zu umgehen. Andererseits darf aber auch von keinem psychiatrischen Experten verlangt werden, im Widerspruch zu medizinisch-ethischen, fachlichen und wissenschaftlichen Standards zu handeln. In diesem Sinne nahm die SGPP deshalb kritisch Stellung zu den Vorschlägen des Gesetzesentwurfes zur Umsetzung der Verwahrungsinitiative. Die SGPP schlägt gleichzeitig konkrete Massnahmen vor, welche bei einer Umsetzung der Verwahrungsinitiative zu berücksichtigen wären und fachlichen sowie wissenschaftlichen Standards Rechnung tragen.

Literatur bei den Autoren

Fortbildungsveranstaltung im St. Jakobs-Park

*Klaus Bally, Ruedi Isler, Ursina Halter,
Benedict Martina, Peter Tschudi
Institut für Hausarztmedizin Basel
IHAMB, Medizinische Fakultät
Universität Basel*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des Institutes für Hausarztmedizin der Universität Basel möchten wir Sie – Tutoren, Lehrärzte sowie an der Ausbildung und Forschung interessierte Kolleginnen und Kollegen – ganz herzlich zu einer grossen gemeinsamen **Fortbildungsveranstaltung in den St. Jakobs-Park** einladen.

Dieser Fortbildungsnachmittag – auch Teachers Teaching genannt – ist als traditioneller Anlass Ihnen allen gewidmet, die seit Jahren in der **Lehre** aktiv Studierende in Praxis, Klinik und Forschung ausbilden und begleiten. Wie in früheren Jahren möchten wir auch 2005 anstreben, für ein weiteres wichtiges Fachgebiet eine Unité de doctrine zu vermitteln. Wir schätzen uns glücklich, Herrn Professor Dr. Peter Itin, Chefarzt der Dermatologischen Klinik Aarau, für das Einführungsreferat gewonnen zu haben. Daran anschliessend werden im didaktischen Teil einige Grundlagen im Hinblick auf die Beurteilung eines Studierenden durch seinen Tutor dargelegt. Natürlich möchten wir Ihnen die hochinteressanten Evaluationsergebnisse des Einzel-tutoriates nicht vorenthalten und Ihnen insbesondere die Möglichkeit geben, sich zu Ihrer Lehrtätigkeit zu äussern, Kritik anzubringen und Anregungen zu vermitteln.

Diese Veranstaltung soll Ihnen aber auch einen Einblick in die noch junge, aber dynamische **Forschungstätigkeit** des Institutes für Hausarztmedizin geben, wobei hier die Präsentation der Forschungsprojekte respektive erster Resultate mit je einer kurzen «State-of-the-art-Fortbildung» zum entsprechenden Fachgebiet verknüpft werden soll.

Schliesslich möchten wir mit Ihnen allen – zumal ein Universitätsinstitut für Haus-

arztmedizin ohne Ihren ganz wesentlichen persönlichen Beitrag zu Lehre und Forschung undenkbar wäre – die im Frühjahr offiziell erfolgte **Gründung des ersten Universitätsinstitutes für Hausarztmedizin in der Schweiz** gebührend feiern

und Sie alle zur Gründungsfeier in den St. Jakob-Park einladen.

Schon jetzt freuen wir uns, Sie am 1. September im St. Jakobs-Park willkommen zu heissen und verbleiben mit herzlichen Grüssen.

Donnerstag, den 1. September 2005, 14.00 – open end

Programm

14.00	Begrüssung, Information über IHAMB, neue Strukturen	Peter Tschudi Benedict Martina
14.15	«Von der Effloreszenz zur Diagnose – wie beschreibe und beurteile ich eine dermatologische Affektion?»	Peter Itin Chefarzt Dermatologie Kantonsspital Aarau
14.45	Wie beurteile ich einen Studierenden, der bei mir das ET absolviert?	Klaus Bally
15.15	Pause	
15.40	Evaluation Einzel-tutoriat. Diskussion und Aussprache	Ruedi Isler
16.15	Forschung im IHAMB. Was kann ich morgen davon in meiner Praxis umsetzen?	Benedict Martina Peter Tschudi Ursina Halter
16.30	Cholesterinstudie. LDL – der wichtigste Lipidparameter? Was ist neu in den Cholesteringuidelines 2005?	Klaus Bally
16.45	Hypertonie-Datenbank. Kontrolle der Hypertonie in der Praxis	Benedict Martina
17.00	Artimes-Studie. Infekte der oberen Luftwege: Guidelines, Abklärungen und Antibiotikaverschreibung in der Praxis	Peter Tschudi
17.15	Diskussion und Aussprache	
ab 17.30	Gründungsfeier des Institutes für Hausarztmedizin Basel IHAMB	

Es wird ein Stehbuffet serviert werden! Uns würde es natürlich ausserordentlich freuen, wenn möglichst viele Hausärztinnen und Hausärzte und Freunde der Hausarztmedizin die Möglichkeit zum Feiern, Kontaktpflegen und Weiterdiskutieren wahrnehmen könnten.

Würden Sie uns bitte Ihre Teilnahme am Seminar ankündigen.

Anmeldung bis spätestens am 15. August 2005 an folgende Adresse:

Institut für Hausarztmedizin

Universität Basel, z.H. Frau Monica Sanchez, Klingelbergstr. 23, 4031 Basel

Fax 061 265 76 67, E-Mail: m.sanchez@unibas.ch

Die Medizinische Notrufzentrale (MNZ! 061 261 15 15) – Ihre Anlaufstelle für alle medizinischen Notfälle – feiert ihren 40. Geburtstag

MNZ! 061 261 15 15

MEDIZINISCHE NOTRUFZENTRALE

FÜR BASEL-STADT, BASELSTADT, BASELSTADT, DORNECK-THIERSTEIN UND DAS UNTERE FRICKTAL

*1 Nummer
für alle Fälle!*

Die Medizinische Notrufzentrale Basel (MNZ! 061 261 15 15) feierte dieses Jahr im Juni ihr vierzigjähriges Bestehen. Die Dienstleistungen der MNZ! 061 261 15 15 entsprechen einem grossen öffentlichen Interesse. Dies ist einerseits aus dem jahrzehntelangen Bestehen des Betriebes, aber auch aus den stetig anwachsenden Anruferzahlen ersichtlich.

Im Juni 1965 gründete die Medizinische Gesellschaft Basel MedGes die Medizinische Notrufzentrale MNZ! 061 261 15 15, eine heute wohl kaum mehr wegzudenkende Dienstleistung zum Wohle der Bevölkerung in der gesamten Region. Rund um die Uhr während 365 Tagen im Jahr stellt die MNZ! 061 261 15 15 in Basel und

Umgebung seit 40 Jahren ununterbrochen und zuverlässig die Organisation des Notfalldienstes sicher und erteilt der in gesundheitlichen Notfällen anfragenden Bevölkerung von Basel-Stadt, Baselland und Teilen der Kantone Aargau und Solothurn je nach Situation direkt Ratsschläge oder vermittelt die erforderliche Notfallhilfe. Über die MNZ kann der zuständige Hausarzt oder Zahnarzt gesucht werden oder (sollte dieser nicht erreichbar sein) der diensthabende Notfallarzt oder -zahnarzt; die MNZ organisiert Krankentransportdienste und den Spitexpress, gibt Auskunft über den Pikett für den fürsorglichen Freiheitsentzug, vermittelt und betreut die Alarmsysteme des Schweizerischen Roten Kreuzes und

verwahrt Patientenverfügungen. Es ist der MNZ! 061 261 15 15 ein grosses Anliegen, ihre Dienstleistungen für die Öffentlichkeit möglichst niederschwellig anzubieten. Die Anrufe in die Zentrale sind deshalb kostenlos (d.h. normale Telefonatarife, keine Payline). Die zwölf speziell dafür ausgebildeten Krankenschwestern und -pfleger triagieren die eingehenden Telefonate stets mit grossem Fachwissen und Freundlichkeit. Die Zahl der Telefonkontakte ist in den letzten Jahren auf ca. 80 000 pro Jahr gestiegen. An diesen Zahlen kann man erkennen, dass die Dienstleistungen der MNZ! 061 261 15 15 einem grossen und nach wie vor steigenden Bedürfnis der Öffentlichkeit entsprechen. Nicht zuletzt hilft die MNZ! 061 261 15 15 durch ihre Arbeit auch mit, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vermeidbare Kosten zu sparen. Die Notfallstation des Universitätsspitals Basel kann wesentlich entlastet werden. Die MNZ! 061 261 15 15 wird nicht durch die Krankenkassen, sondern durch Beiträge der Medizinischen Gesellschaft, der Ärztesgesellschaft Baselland, von weiteren Partnerorganisationen sowie durch Subventionen des Kantons Basel-Stadt und der Gemeinden im Kanton Baselland getragen.

Weitere Informationen erhalten Sie beim Sekretariat der Medizinischen Gesellschaft Basel, Dr. iur. Jennifer Langlosh-Wetterwald, Geschäftsführerin MedGes, Marktgasse 5, 4051 Basel, Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16.

Die grosse Hitze und ihre Folgen

Lic. rer. pol. Jan Kirchhofer und
Dr. med. Thomas Steffen, MPH
Gesundheitsförderung Basel-Stadt

Der Sommer 2003 war der heisseste seit 500 Jahren. 41 Hitzetage wurden allein in Basel registriert – im Durchschnitt klettert das Thermometer bloss fünfmal pro Jahr über die 30-Grad-Grenze. Obwohl der darauffolgende Sommer 2004 mit sieben Hitzetagen wieder im Rahmen war, rechnen die Meteorologen in Zukunft vermehrt mit Hitzesommern à la 2003. Denn in den letzten hundert Jahren ist die globale Jahresmitteltemperatur um rund 0,4°C angestiegen. Dies entspricht der höchsten Temperaturzunahme der letzten 1000 Jahre. In der Schweiz sind die Temperaturen im 20. Jahrhundert noch stärker angestiegen als im globalen Mittel. So stiegen in der Deutschschweiz die Temperaturen durchschnittlich um 1,3°C, in der Westschweiz um 1,6°C und auf der Alpensüdseite um 1,0°C. Gemäss verschiedenen Szenarien wird es in Mitteleuropa bis zum Ende dieses Jahrhunderts nochmals um durchschnittlich 1,4–5,8°C wärmer. Der nächste Hitzesommer ist damit schon (fast) vorprogrammiert.

Während sich ein Grossteil der Bevölkerung an den zunehmend südlicheren Temperaturen erfreut, stellen Hitzewellen vor allem für ältere und kranke Menschen sowie Kleinkinder eine Gefahr dar. Die Auswirkungen der Hitzewelle 2003 auf die Sterblichkeit der Bevölkerung haben vor allem in Frankreich für Schlagzeilen gesorgt. Zwischen dem 1. und 20. August 2003 wurden in Frankreich 14 800 zusätzliche Todesfälle registriert. Auch Studien aus Deutschland, Italien, Spanien, Grossbritannien und den Niederlanden dokumentieren eine Zunahme der Sterblichkeit während der Hitzewelle 2003.

Städte als Hitzefallen

Eine neue Studie des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel zeigt nun, dass auch in der Schweiz im Sommer 2003 mit 975 Personen (+7%) mehr Menschen gestorben sind, als statistisch zu erwarten gewesen wäre. Eine erhöhte Sterblichkeit zeigte sich insbesondere in den Städten Basel (+24%),

Genf (+18%) und Lausanne (+14%) sowie generell bei älteren Personen. Die erhöhte Sterblichkeit in den Städten während der Hitzeperiode 2003 zeigt, dass nicht nur die heissen Temperaturen am Tag, sondern auch die ausbleibende Abkühlung in der Nacht von grosser gesundheitlicher Bedeutung sind. Das letztere Phänomen tauchte vor allem in den Städten Basel und Genf auf, wo denn auch die stärkste Zunahme der Sterblichkeit festgestellt wurde. Dicht überbaute Agglomerationen speichern die Hitze, was gerade für geschwächte Menschen besonders problematisch ist, da die nächtliche, kühle Erholungsphase fehlt. Langandauernde Schönwetterperioden und hohe Temperaturen begünstigen zudem auch die Bildung von Ozon. Während des Sommers 2003 wurde in der Schweiz der Ozongrenzwert rund doppelt so häufig überschritten wie in den vergangenen Jahren. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa 130–300 (13–30%) der beobachteten vorzeitigen Todesfälle in der Schweiz auf die übermässige Ozonbelastung zurückzuführen sind.

Herz-Kreislauf, Hirngefässe, Atemwege

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen sind in zahlreichen Studien, insbesondere aus den USA, belegt. Insgesamt zeigen diese Untersuchungen, dass die Mehrzahl der Todesfälle während Hitzewellen auf Herz-Kreislauf-, Hirnge-

fäss- und Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind. Zu den Risikogruppen gehören ältere Personen und Kleinkinder sowie bereits geschwächte, kranke und demente Personen. Des Weiteren sind sozial isolierte und bettlägerige Menschen sowie psychisch Kranke betroffen. Als Warmblüter braucht der Mensch eine konstante Körpertemperatur. Die Wärmeregulation des Körpers ist ein autonomes Regelsystem mit Wärme- und Kälterezeptoren, die den Ist-Zustand ans Zentrum im Gehirn (Hypothalamus) weiterleiten. Bei hoher Aussentemperatur reagiert der Körper mit der Erweiterung der Blutgefässe und mit Schwitzen. Wichtigster Wärmeaustauscher ist die Haut: Die Wärmeabgabe erfolgt trocken über Wärmestrahlung und -leitung oder feucht via Verdunstung des Schweißes. Bei grosser Hitze, das heisst geringem Unterschied zwischen Körpertemperatur und Aussentemperatur, sinkt die Fähigkeit der direkten Wärmeabgabe über die Haut. Hauptsächliche Möglichkeit für den Körper, um Wärme loszuwerden, wird unter diesen Umständen die Schweißproduktion. Wird das Wärmeregulationssystem des Körpers wegen zu hoher Aussentemperaturen überlastet, kommt es zu Gesundheitsstörungen, von denen grundsätzlich alle Altersgruppen betroffen sind. Besonders bei älteren Personen sind jedoch Herz, Kreislauf und Wasserhaushalt schnell überfordert,



www.ozon-info.ch

Blutdruck, Herz- und Atemfrequenz steigen. Dehydrierung, Hyperthermie, Ermattung, Bewusstlosigkeit, Hitzekrämpfe und Hitzschlag sind Konsequenzen dieser gestörten Wärmeregulation.

Eine ganze Reihe von Faktoren verstärken die gesundheitlichen Auswirkungen von Hitzewellen zusätzlich. Mangelnde Fitness, Übergewicht, Schlafmangel, falsche Ernährung, ungenügende Flüssigkeitsaufnahme, Durchfall oder Alkoholmissbrauch machen den Körper empfänglicher für hitzebedingte Krankheiten. Ältere Menschen haben zudem häufig vorbestehende Krankheiten und müssen Medikamente einnehmen, die das physiologische Gleichgewicht stören können. Harntreibende Mittel zum Beispiel verschärfen die Dehydrierungsgefahr. Andere Medikamente wie nicht-steroidale Entzündungshemmer, Neuroleptika, Serotoninantagonisten, Anticholinergika oder gefässverengende Mittel beeinflussen die Wärmeregulation des Körpers.

Alte Menschen schwitzen weniger

Starke Wärmebelastungen wirken sich auf das Wohlbefinden, die Schlafqualität, die Leistungsfähigkeit und die Psyche der Menschen aus. Ältere Menschen haben generell eine schlechtere Wärmeregulation, sie schwitzen weniger und haben ein vermindertes Durstgefühl. Ihre Selbständigkeit und die Fähigkeit, auf die besonderen Umstände und Gefahren der Hitze entsprechend zu reagieren, sind altershalber eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Das macht Betagte und auch Pflegebedürftige zu den am meisten durch Hitze gefährdeten Bevölkerungsgruppen. Der Hitzesommer 2003 hat gezeigt, dass die Sterblichkeitsrate gerade bei alten Menschen stark zunahm. In Frankreich traten über 60% der Todesfälle in Spitälern und Altersheimen auf.

Die Alarmzeichen für gesundheitliche Hitzefolgen und Dehydrierung sind hohe Körpertemperatur, trockener Mund, erhöhter Puls, Schlafstörungen, Schwäche, Müdigkeit, Verwirrtheit, Schwindel, Bewusstseinsstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit und Muskelkrämpfe. Je nach Schweregrad muss sofort gehandelt werden, indem man der betroffenen Person zu trinken gibt, ihren Körper mit feuchten Tüchern abkühlt und einen Arzt ruft.

Der Hitzesommer 2003 hat deutlich gezeigt, dass die Aufmerksamkeit von Angehörigen, Pflegepersonal und der Ärzteschaft bei eigentlichen Hitzewellen

besonders gefordert ist. Wichtig ist, dass die Planung für Hilfestellungen und den Schutz der Gesundheit von älteren und kranken Menschen schon vor einer Hitzeperiode stattfindet. Eigentliche, längere Hitzewellen sind in der Regel auch vorhersehbar. Die Wettervorhersagen in den Medien und die Internetseite www.hitzewelle.ch geben Auskunft über allfällige Hitzewarnungen. Bei allein lebenden, betagten Personen sollten Angehörige rechtzeitig eine Überwachung sicherstellen, indem für den Hitzefall tägliche Telefonate und Besuche sowie Nachbarschaftshilfe organisiert oder gar die Betreuungsmöglichkeit durch Hilfsdienste abgeklärt wird. Altersheime und Spitäler sollten die gefährdeten Personen erfassen und einen Überwachungsplan erstellen.

Siesta wie im Süden

In den meisten Ländern mit heissem Klima passen die Menschen ihren Tagesablauf der Temperatur an: Während der heissesten Stunden ziehen sie sich in ihre Häuser zurück und machen eine Siesta. Ein kluges Verhalten, das auch hierzulande sinnvoll ist, gerade für gefährdete Personen. Auf jeden Fall sollten Angehörige der erwähnten Risikogruppen während grosser Hitze im Haus bleiben und körperliche Aktivitäten vermeiden. Fenster und Fensterläden, Rolläden oder Vorhänge sollten tagsüber geschlossen bleiben, gelüftet wird in der Nacht. Es empfiehlt sich, lose, helle und dünne Kleider zu tragen, mit Vorteil aus Baumwolle. Der Körper sollte zudem regelmässig abgekühlt werden: mit Duschen, nassen Tüchern und Wickeln. Weiter sollte man in regelmässigen Abständen mindestens 1,5 Liter Getränke pro Tag zu sich nehmen – auch wenn kein Durstgefühl vorhanden ist. Ideal sind Durstlöscher ohne Alkohol, Koffein oder viel Zucker. Als leichte Mahlzeiten eignen sich kalte, erfrischende Speisen mit hohem Wassergehalt, wie Früchte, Salate, Gemüse und Milchprodukte.

Erfahrungen aus Nordamerika zeigen, dass die hitzebedingte Sterblichkeit mit gezielten Informationen zu richtigem Verhalten und einer rechtzeitigen Warnung vor extremen Wetterbedingungen gesenkt werden kann. Dies ist einerseits Aufgabe der Gesundheitsbehörden von Bund und Kantonen in Zusammenarbeit mit den meteorologischen Diensten. Bei der Umsetzung kommt aber gerade den Hausärzten/-ärztinnen eine entscheidende Rolle bei der Beratung und In-

formation ihrer Patienten bezüglich der richtigen Verhaltensanpassungen bei Hitze zu.

Literatur

O. Thommen, Ch. Braun-Fahrlander: Gesundheitliche Auswirkungen der Klimaänderung mit Relevanz für die Schweiz. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, November 2004.

Informationsmaterialien zum Thema «Schutz bei Hitzewelle» finden Sie unter www.hitzewelle.ch.

Bestelladressen für Broschüren:
Gesundheitsförderung Basel-Stadt
St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel
und
Gesundheit und Umwelt
Bundesamt für Gesundheit BAG
3003 Bern

Faszination Alinghi – Interview mit dem sportlichen Direktor Jochen Schümann

Dr. med. Alexandra Prünke

Vor zwei Jahren sind viele von uns erstmals der Faszination des Segelsports erlegen und haben mit dem Team der Alinghi gefiebert, das die älteste Sporttrophäe der Welt, den America's Cup, erstmals für Europa, für die Schweiz, gewinnen konnte. Inzwischen laufen die Vorbereitungen für die Regatten um den America's Cup 2007 in Valencia bei allen Teams auf Hochtouren. Das Team Alinghi bestreitet diesen Sommer auf mehreren Schweizer Seen Match Races (nähere Information siehe www.alinghi.com oder www.match-race.ch).

Der sportliche Direktor des Teams Alinghi hat mir im Juni ein Interview gegeben:

Sie haben als erstes europäisches Team den America's Cup gewonnen. Inzwischen ist bereits einige Zeit vergangen, wo wird nun der America's Cup aufbewahrt?
Der America's Cup (AC) steht in unserem Heimat-Yachtclub in Genf, in der Société Nautique de Genève.

Was würden Sie als charakteristische Stärken für das von Herrn Bertarelli zusammengestellte Team Alinghi bezeichnen?
Alinghi ist ein multikulturelles Team, das so die notwendigen Kompetenzen vereint und begeistert ein gemeinsames Ziel verfolgt.

Braucht es spezielle konditionelle Vorbereitungen für eine Crew auf der Alinghi? Ist diese je nach Funktion verschieden?
Auf einer AC-Yacht darf (ausser für Electronics) ausschliesslich manuell erzeugte Energie verwendet werden. Alle unsere Segler, insbesondere die Grinder, die Winschen und Hydraulics antreiben, brauchen ordentlich Power. Dafür trainieren wir alle täglich im Gymnastikraum. Das physische Training ist individuell auf den einzelnen Segler und natürlich auch auf die Anforderungen entsprechend der Position an Bord ausgerichtet.

Ich kann mir vorstellen, dass die monatelangen Vorbereitungen auch mit Anspannung und Stress verbunden sind. Gibt es ein bestimmtes Konzept, während der Vorbereitungen und Regatten damit umzugehen?

Ein gutes Trainingskonzept muss immer für eine Balance zwischen Belastung und Entspannung sorgen. Das ist natürlich bei unserer langfristigen Vorbereitung auf die Verteidigung des America's Cup über insgesamt 4 Jahre von besonderer Bedeutung. Denn in den eigentlichen America's-Cup-Rennen müssen wir nochmals steigerungsfähig sein. Motivation und Willensqualitäten spielen für unser Team eine grosse Rolle.

Mit welchen medizinischen Problemen ist man während der Regatten konfrontiert?
Hoffentlich können wir alle medizinischen Probleme während der Rennen verhindern bzw. ihnen durch unser Training vorbeugen. Die psychische wie physische Belastbarkeit geht während der Rennen ans Limit.

Sind eigentlich auch Mediziner an Bord?
Nein. Vielleicht sollte ich hier grundsätzlichen Irrtümern vorbeugen. Der America's Cup wird in einem bestimmten Turnierformat von täglichen Match-Race-Regatten direkt vor der Küste von Valencia ausgesegelt, nicht zu verwechseln mit Hochseeregatten um die Welt mit mehrmonatigem Aufenthalt auf See.

Gibt es spezielle Krankheiten oder Verletzungen unter den Seglern? Leben Segler gesünder?
Eigentlich nicht. Die meisten Beschwerden gibt es im Rückenbereich durch Heben und Ziehen sowie im Schulter- und Ellbogengelenk. Insgesamt ist unser Arbeitsumfeld auf See natürlich phantastisch – frische Luft, Sonne (guter Sonnenschutz ist notwendig) und meist sauberes Wasser. Die medizinische Betreuung spielt in



Jochen Schümann

unserer Vorbereitung eine bedeutende Rolle. Unser Team muss zu allen Zeiten gesund sein, um mit zwei Yachten gegeneinander trainieren zu können. Gleichzeitig achten wir auf gesunde und effiziente Ernährung, um die Energiebereitstellung zu sichern.

Gibt es ein Rauchverbot an Bord?
Ein Rauchverbot? Nein, das ist nicht notwendig, denn keiner unserer Athleten raucht.

Wieweit spielt die Medizintechnik eine Rolle, z.B. ähnlich wie bei der verbesserten Kommunikation der Crewmitglieder untereinander aufgrund der Hörapparatetechnik?
Fester Bestandteil unserer Technik an Bord ist ein ausgeklügeltes Intercom-System von Phonak.

Gibt es beim America's Cup auch Dopingkontrollen? Ist Doping ein Problem im Segelsport?
Auch der Segelsport unterliegt den weltweiten Antidopingregeln der WADA. Un-

sere Segler wurden in der Vergangenheit bereits mehrfach getestet – alle Tests waren negativ. Segeln ist ein sauberer Sport – Doping ist kein Thema.

Gibt es auch Profisegler, die noch seekrank werden?

Das soll wohl vorkommen ... Aber auch dagegen gibt es Medikamente. Gleichzeitig muss man seine Essgewohnheiten entsprechend umstellen – nicht zu viel essen beim Gegenankreuzen in hohem Seegang ... ausreichend Schlaf, frische Luft, den Horizont im Blick, das hilft immer.

Besten Dank für Ihre Antworten und viel Erfolg bei der Verteidigung des America's Cup!



Ehrlichkeit beim Sparen

Dr. med. Felix Häring, Bubendorf

Alles spricht davon, und wir wissen es: Wir müssen sparen. Es sparen der Bund, die Kantone, die Gemeinden, die Firmen, die Haushalte. Also warum nicht auch wir? Dies scheint eine Zeiterscheinung zu sein. Wir hinterfragen sie, doch darum herum kommen wir nicht.

Sparen im Sektor Medizin geht nicht ohne Leistungsabbau. Das heisst: Es müssen Physiotherapiepraxen verschwinden, es müssen Apotheken geschlossen werden, es müssen weniger Leute bei der Spitex arbeiten. Wir müssen Praxisassistentinnen entlassen und einen Teil der Praxen schliessen. Anders geht es nicht.

Nun kommt die grosse Frage: Wo können wir sparen? Auf welche Leistungen können wir verzichten? Und wer soll darüber entscheiden?

Wir Ärzte müssen dabei ein gewichtiges Wort mitreden. Wir allein können bei gewissen Fragestellungen ermassen, wie verzichtbar oder eben wie nötig ein gewisses medizinisches Angebot ist. Sollte der Kontrahierungszwang fallen, so dürfte uns diese Aufgabe sehr schwer fallen. So wie man dieses Gesetz (in der gescheiterten Version) formuliert hat, ist der Rat der Ärzte nicht gefragt, dafür um so mehr derjenige der Ökonomen. Auf Grund irgendwelcher Statistiken soll dann über die Zulassungen zur kassenärztlichen Tätigkeit entschieden werden. Statistisch erfassen lässt sich wohl am leichtesten das Geld. Schwieriger ist es, wenn es darum geht, das Wohlbefinden der Menschen und den Nutzen für die Lebensqualität zu messen.

In Hausarztmodellen verlangt man mit der Unterschrift des Gatekeepers vor

allem auch die Bestätigung, dass die verordnete Massnahme ökonomisch sinnvoll ist. Es geht um ein Aufwiegen von Werten menschlicher und ökonomischer Art gegeneinander. Vom subjektiven Standpunkt des einzelnen ist es immer einschneidender, eine Massnahme zu verweigern als der Gemeinschaft die Kostenübernahme aufzubürden. Dem Kollektiv tut dies nicht weh, weniger weh!? Im Einzelfall, aber die Summe zählt. So droht das System bankrott zu gehen.

Wir sind als Grundversorger überzeugt, dass unsere Tätigkeit sinnvoll, kostengünstig und menschlich gut ist, kurz: Wir sind überzeugt, dass wir gute Arbeit leisten. Sicher werden wir nicht beim Sparen mit dem Schliessen der Grundversorgerpraxen beginnen, im Gegenteil, sie sind zu schützen und auszubauen. Wenn wir Sparverantwortung haben, geraten wir in Verdacht, niemals uns selbst abschaffen zu wollen, sondern den Hebel bei den anderen anzusetzen. Und da wir

von unserer Tätigkeit überzeugt sind, stimmt das auch weitgehend, auch wenn wir selbst gewisse eigene Leistungen kürzen. Das zuzugeben ist notwendige Ehrlichkeit. Es braucht aber, wenn wir hier nicht scheitern wollen, einen weiten Blick auf andere und nicht nur medizinische Tätigkeiten. Und vor allem brauchen wir ein über unsere Tätigkeit hinausreichendes, auch von anderen Bereichen anerkanntes System, das die Qualität unseres Tuns misst. Wir müssen dabei zeigen, was wir zu bieten haben. Das war die grosse Aufgabe, die sich die SGAM an der diesjährigen Bürgerstocktagung gestellt hat.



**Denk an den
GAMBA-Fortbildungstag:
Donnerstag,
8. September 2005, 16 Uhr**

Ihre Meinung interessiert uns!

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

Ort für Menschen und Medien

Neueröffnung Kantonsbibliothek BL

Dagmar Brunner

Im Juni wurde das neue Domizil der Baselbieter Kantonsbibliothek eröffnet und mit einem grossen Fest gefeiert.

Sie fällt schon bei der Einfahrt in den Bahnhof Liestal ins Auge, die neue Bibliothek des Kantons Basel-Landschaft. Und bewegt, wie Direktor Gerhard Matter weiss, die Gemüter. Denn ausser Zustimmung oder Ablehnung gebe es praktisch keine Meinungen zu dem markanten Bau, dessen Dach an einen Dampfzug erinnert. Freilich beschert er dem Stedtl weit mehr als eine eigenwillige Architektur. Was hier nach einer langen Planungsphase und für 18 Millionen Franken innerhalb von zwei Jahren aufgebaut wurde, kann sich sehen lassen und wäre auch an anderen Orten zu gönnen, wo Bibliotheken immer noch den Charme von Grabkammern haben oder allzu aufdringlich nach Kinderzimmer riechen. Achtzig Jahre lang war die Kantonsbibliothek im Gerichtsgebäude (ältere Bestände in drei weiteren Liegenschaften) untergebracht und platzte zuletzt aus allen Nähten. In roten Metallgestellen lagerten die Schätze für Lesehungrige und Wissbegierige jeden Alters derart eng, dass man kaum aneinander vorbeikam. Dennoch war ein reges Kommen und Gehen, 310 000 Besuche registrierte das Haus 2004, am meisten frequentiert war es jeweils dienstags, und am begehrtesten waren die Jugendliteratur, Filme und CDs. Statistisch abgesichert kann sich die Kantonsbibliothek als «beliebteste Kulturinstitution des Baselbiets» ausgeben.

Vom Wein- zum Bücherhaus und Treffpunkt

Mit drei Zügelunternehmen und einem Sondereinsatz der 36 Teilzeitmitarbeitenden wurde in der zweiten Maihälfte der Gesamtbestand von 145 000 Büchern und Medien in den nahen Neu- bzw. Umbau gebracht, für den ein Architektur-

büro aus Brugg verantwortlich zeichnet. Das ehemalige Weinlager, dessen massive Holzkonstruktion aus gehobelten Balken den ganzen Innenraum prägt, besteht aus vier Stockwerken, in deren Zentrum ein Lichthof mit Glaslift für «Luft», Transparenz und Orientierung sorgt. Dies wird unterstützt durch die zitronengelbe Farbe des Bodens und der Gestelle, die einen frechen Kontrast zum alten Holz, zu der Alu-Deckenbeleuchtung und den weissen Möbeln bildet. Vom betonierten Untergeschoss mit grosszügigen Büros und Magazinen über das Erdgeschoss mit einladendem Empfangsbereich samt Nichtrauchercafé bis zu den zwei oberen Etagen, die u.a. viel Platz für jugendliche Bedürfnisse und in den 26 schmalen Lukarnen auch zeitgemäss ausgerüstete Arbeitsplätze bieten, wirkt das Haus attraktiv und vielfältig nutzbar. Damit entspricht es exakt den Vorstellungen Gerhard Matters, der neben einem möglichst reichhaltigen Angebot an Belletristik und Jugendliteratur, Sach- und Fachbüchern, Zeitungen, Zeitschriften, Spielen, Ton- und Bildträgern «seine» Bibliothek zu einem kulturellen Treffpunkt für ein breites Publikum machen möchte – weit über Liestal hinaus.

Etliche Verbesserungen

Anfang Juni hat die neue Kantonsbibliothek ihren Betrieb mit einer klareren nach Themen geordneten Präsentation, einem neuen Internetportal und einer teamorientierten Personalstruktur aufge-

nommen. Neben dem bisherigen Service soll es häufiger Veranstaltungen geben, u.a. stehen dafür eine grosse Dachterrasse, ein Saal und ein Gruppenraum zur Verfügung. Aus Kostengründen eingeschränkt werden musste die 1999 eingeführte, erfolgreiche Sonntagsöffnung, sie ist nur noch von Oktober bis April möglich. Hingegen ist die Bibliothek nun über Mittag zugänglich. Junge bis 20 können sie – dank finanzieller Beteiligung von neun umliegenden Gemeinden – kostenlos benutzen, Erwachsene bezahlen jährlich 35 Franken; das Café ist zu denselben Zeiten in Betrieb.

Mitte Juni wurde die Neueröffnung gefeiert, mit Kulturprogramm für gross und klein und mit weit offenen Türen. Dabei konnte man z.B. die imposanten Magazine mit dem ältesten Buch von 1506 besichtigen, die topmodernen WCs mit Urinseparierung ausprobieren, die 55 000 Biberschwanzziegel des Daches inspizieren oder die so subtile wie poetische Kunst am Bau von Stefan Banz bewundern. Kurz: die ganze schicke Kiste und ihre lehrreichen, unterhaltsamen und sinnlichen Inhalte kennenlernen.

Kantonsbibliothek Baselland
Emma Herrwegh-Platz 4, Liestal
Tel. 061 925 50 80

Di. bis Fr. 9.00–18.30, Sa. bis 16.00,
So dito (Oktober bis April).

Weitere Infos im Jahrbuch «Unterwegs in der Baselbieter Bibliothekslandschaft» und unter www.kbl.ch

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 Ausgehtips. Mit der Programmzeitung früher wissen, was wann wo läuft.

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

Borrelieninfektion: Rationales Vorgehen in der Praxis

Prof. Dr. med. W. Zimmerli
Chefarzt Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Liestal

Die Lyme-Borreliose ist in Mitteleuropa die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit. Bei Früherkennung und Behandlung des Erythema migrans können die Spätfolgen der Infektion wirksam verhindert werden. Da die Antikörper gegen *Borrelia burgdorferi* lebenslang persistieren und die Medien viel über die Folgen der unbehandelten Borreliose berichten, werden viele Infizierte unnötigerweise und wiederholt mit Antibiotika behandelt. Auch wenn es keine resistenten Borrelien gibt, können diese unkritischen Therapien sowohl für den individuellen Patienten als auch für die lokale Resistenzsituation der bakteriellen Flora ungünstige Auswirkungen haben. Deshalb ist ein rationales Vorgehen beim Verdacht auf eine Borreliose von grosser Bedeutung. In diesem Artikel sollen einige häufige und wichtige Probleme im Zusammenhang mit Zeckenstichen, Borrelienserologie und borrelienassoziierten Krankheitsbildern vorgestellt werden. Die Themen repräsentieren die häufigsten Fragen, welche in bezug auf Lyme-Borreliose von Hausärzten am Telefon gestellt werden.

Was tun nach einem Zeckenstich?

Im Gegensatz zum FSME-Virus können Borrelien in der ganzen Schweiz in Gebieten unter 1500 m ü. M. in der Zeckenart *Ixodes ricinus* gefunden werden. Die Durchseuchung ist allerdings je nach Region unterschiedlich und beträgt zwischen 10 und 45%. Unmittelbar nach einem Zeckenstich und bis zwei Tage danach kann es zu einer akuten Rötung um die Stichstelle herum kommen. Diese Reaktion unterscheidet sich vom Erythema migrans durch das frühere Auftreten, die kleinere Läsion (in der Regel <1 cm) und die fehlende zentrifugale Progression. Die Zecke sollte mit einer Pinzette möglichst tief gefasst und entfernt werden. Eine prophylaktische Antibiotikagabe wird in der Schweiz nicht empfohlen, da das Risiko für eine Serokonversion oder

eine manifeste Erkrankung nach Zeckenstich gering ist, nämlich nur ca. 2 bzw. 1%. In einer amerikanischen kontrollierten Vergleichsstudie aus einem Endemiegebiet war die Einmaldosis von 200 mg Doxycyclin sehr wirksam, indem sie das Auftreten des Erythema migrans von 3,2 auf 0,4% reduzierte. Allerdings traten bei 30% (47/156) der Behandelten Nebenwirkungen in Form von Nausea, Bauchschmerzen und Erbrechen auf. Da Spätmanifestationen auch verhindert werden können, wenn erst das manifeste Erythema migrans behandelt wird, kann auf eine Prophylaxe mit Antibiotika ohne Gefährdung des Patienten verzichtet werden.

Erythema migrans:

Abklärung und Behandlung

Das lokalisierte Erythema migrans tritt innerhalb von durchschnittlich einer Woche (3–32 Tage) am Ort des Zeckenstiches auf. Es handelt sich um eine makulöse, manchmal auch papulöse Läsion von >5 cm Durchmesser. Diese Läsion ist in der Regel schmerzlos und wächst zentrifugal, häufig mit zentralem Abblässen. Falls mehrere Läsionen gleichzeitig auftreten, liegt eine Dissemination vor. Diese Läsionen verschwinden auch ohne Antibiotika innerhalb von einigen Wochen. Unter Antibiotika heilen sie innert Tagen ab. Die Diagnose der frühen Borreliose stützt sich ausschliesslich auf die Anamnese und Klinik ab, wobei sich ungefähr die Hälfte der Patienten nicht an einen Zeckenstich erinnert. Da die Serokonversion bei ungefähr der Hälfte der Infizierten erst nach der klinischen Erstmanifestation stattfindet, sollte die Borrelienserologie zu diesem Zeitpunkt nicht angefordert werden. Sinnvoller ist die Rückstellung eines Serums zur späteren gepaarten Analyse im Falle des Auftretens unklarer Folgekrankheiten. Gemäss einer amerikanischen Studie kann mit einer zehntägigen Therapie mit Doxycyclin (2× 100 mg/d) das Auftreten von Spätfolgen verhindert werden. Bei Kindern unter acht Jahren muss ein Betalaktam (Amoxicillin oder Cefuroxim-Axetil) an Stelle eines Tetrazyklins eingesetzt werden. Makrolide (Clarithromycin, Azithromy-

cin) sind Alternativen, die weniger wirksam sind.

Kann eine Lyme-Borreliose mehrmals erworben werden?

Die Lyme-Borreliose hinterlässt keine generelle protektive Immunität. Sogar die gleiche Spezies kann kulturell bewiesene Reinfektionen verursachen, wahrscheinlich wegen signifikanter Unterschiede zwischen verschiedenen Stämmen. Somit ist es sinnvoll, Patienten mit vorgängig behandelten und bewiesener Lyme-Borreliose beim Auftreten eines erneuten Erythema migrans wieder zu behandeln oder bei erneuter Arthritis eine PCR in der Synovia zu veranlassen.

Arthritis und positive Borrelienserologie

Innerhalb einiger Monate (2 Wochen bis 2 Jahre) nach Zeckenstich kann es bei unbehandelten Patienten zu rheumatologischen Manifestationen, insbesondere Arthralgien, Arthritiden, Insertionstendinitiden oder Myalgien, kommen. Die Arthritis tritt häufiger nach Infektion mit *Borrelia burgdorferi* s.s als nach anderen, in Europa häufigeren Spezies (*B. garinii*, *B. afzelii*) auf. In einer amerikanischen Studie litten von 55 unbehandelten Patienten mit Erythema migrans 18% innerhalb von 2 Monaten an Arthralgien, 51% innerhalb von 2 Jahren an einer passageren Oligoarthritis und 11% an einer chronischen Synovitis. Die Mono- oder Oligoarthritis bei einem Patienten mit positiver Borrelienserologie sollte mittels PCR-Untersuchung in der Synovia oder Synovialbiopsie abgeklärt werden (Sensitivität 80–95%). Bei anamnestischem Zeckenstich und/oder Erythema migrans besteht jedoch auch ohne weitere Abklärung die Indikation für eine antibiotische Therapie mit 4 Wochen Doxycyclin (2× 100 mg/d p. os) oder Amoxicillin (3× 500 mg/d p. os). Bei einem Rezidiv wird ein zweiter Therapiedurchgang mit Ceftriaxon (1× 2 g/d i.v. × 14–28 Tage) empfohlen. Weitere Therapiedurchgänge mit Antibiotika sind bei chronischer Lyme-Arthritis nicht sinnvoll. Bei Patienten mit unspezifischen Arthralgien oder Myalgien und positiver Sero-

logie ohne suggestive Anamnese (kein Zeckenstich, kein Erythema migrans) besteht keine Indikation für eine antibiotische Behandlung.

Fibromyalgie, Leistungsknick, chronische Müdigkeit und positive Borrelienserologie

Die Fibromyalgie ist ein Syndrom, das durch chronische muskuloskelettale Schmerzen am ganzen Körper, Steifigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen und 18 definierte Schmerztriggerpunkte charakterisiert ist. Es wird ein Zusammenhang zwischen der Lyme-Borreliose und der Fibromyalgie postuliert. In einer amerikanischen Studie von 287 Patienten mit einer Lyme-Borreliose erkrankten innerhalb von 3,5 Jahren 8% an einem Fibromyalgiesyndrom. Die Symptome traten durchschnittlich 1,7 Monate nach früherer Lyme-Manifestation auf. Während die klassischen Manifestationen der Lyme-Borreliose nach antibiotischer Therapie verschwanden, persistierte die Fibromyal-

gie bei 93% der Patienten. Daraus kann man schliessen, dass es nicht sinnvoll ist, seropositive Patienten mit Fibromyalgie antibiotisch zu behandeln. Die isolierte chronische Müdigkeit beim Patienten mit positiver Borrelienserologie ist keine Indikation für eine Antibiotikatherapie. Hat der nicht vorbehandelte seropositive Patient allerdings zusätzlich Zeichen einer progressiven Enzephalomyelitis (Ataxie, Inkontinenz, kognitive Störungen, Hirnnervenausfälle), sollte eine chronische Neuroborreliose mittels Liquoranalyse (intrathekale Antikörperproduktion) gesucht werden.

Wie kann der Therapieverlauf kontrolliert werden?

Mikrobiologische Labors schlagen gelegentlich als Verlaufskontrolle repetierte Serologien vor. Dies ist im Gegensatz zur Syphilis bei der Lyme-Borreliose nicht indiziert, da die Serologie in der Regel auch trotz erfolgreicher Therapie über Jahre oder lebenslang positiv bleiben kann.

Sogar die IgM-Antikörper können trotz korrekter antibiotischer Therapie jahrelang persistieren. Nichtindizierte Verlaufskontrollen verunsichern den Patienten und seinen Arzt und sind die häufigste Ursache von nichtindizierten Antibiotikatherapien bei Patienten mit vorgängig korrekt behandelter Borreliose. Die einzige rationale Verlaufskontrolle ist die PCR in der Synovia bei vorgängiger Seropositivität und Persistenz oder Rezidiv der Arthritis.

Diese Diskussion der häufigsten telefonischen Konsiliaranfragen sollte Ihnen rasche Informationen für das Patientengespräch geben. Wenn dieser Artikel Ihr Wissen im Gebiet der Lyme-Borreliose verbessert, haben die infektiologischen Konsiliarärzte der Baselbieter und Basler Spitäler in Zukunft mehr freie Kapazitäten zur Diskussion weiterführender Fragen bezüglich der Borreliose.

Nachruf auf Hans Peter Lipp

*Dr. med. Theodor Cahn, Chefarzt,
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal
Dr. med. Peter Buess, Präsident der Fach-
gruppe Psychiater Baselland*

Am 26. April ist unser Kollege Hans Peter Lipp im Alter von 59 Jahren gestorben. Er erlag einer Krebserkrankung, die sich schon vor acht Jahren manifestiert hatte und ihm trotz intensiver Therapie einen Verlauf mit viel Leiden brachte.

In der «Synapse» erscheint selten ein Nachruf. Hans Peter Lipp hat ihn gewiss verdient, denn er gehörte zu den Ärzten von besonderer Bedeutung und Ausstrahlung, auch wenn man das wegen seines zurückhaltenden Auftretens vielleicht erst auf den zweiten Blick bemerken konnte.

Als Kind einer Liestaler Metzgerfamilie war er in der Baselbieter Heimat gut verwurzelt. Ein Unfall, den er als Gymnasiast am Banntag erlitt, hinterliess eine starke Deformation einer Hand und konfrontierte ihn wohl früh damit, wie das Andere, Fremdartige ins Leben einbricht. Dem hat sich Hans Peter Lipp in grosser Konsequenz gestellt, indem er sich nach dem

Medizinstudium in Psychiatrie und Psychotherapie spezialisierte und sich fachlich der Psychoanalyse zuwandte: nicht um sich hinter eine Couch zurückzuziehen, sondern aus Interesse für den Menschen und um den psychisch Erkrankten aus einem möglichst tiefen und zugleich rationalen Verständnis helfen zu können. Er liess sich 1976 in einer internistisch geprägten Gruppenpraxis in Binningen nieder und gehörte damit zu den Pionieren der ambulanten Psychiatrie in Baselland – damals gab es noch keine Externen Psychiatrischen Dienste. Warmherzig und zugleich sehr präzise im Denken, erwies er sich als ausserordentlich kompetenter Therapeut mit grossem Zulauf. Wegen seiner tiefen theoretischen Kenntnisse war er ebenso begehrt als Supervisor und als Referent. Sein Denken war konzis, von mutiger Offenheit geprägt, im Vortrag unaufdringlich: Seine Person stellte er hinter die Sache.

Hans Peter Lipp leistete einen ausserordentlichen, andauernden und nachhaltigen Einsatz für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung im Kanton: Die Fachgruppe der Psychia-

ter im Kanton ist mit seiner Initiative 1979 gegründet worden, er hat sie auch in den ersten Jahren geleitet und ist über 20 Jahre als tragendes Mitglied in deren Vorstand geblieben. Er war auch der erste Psychiater im Vorstand der Ärztesellschaft – dazu musste er sich der Kampfwahl stellen und wurde ein erstes Mal nicht gewählt. Als Vorstandsvertreter hat er dann massgeblich an der ersten Revision des kantonalen Psychiatriekonzeptes (Folgeplanung I, 1986–1991) teilgenommen. Er war auch Delegierter bei den GRAT-Verhandlungen, den ersten Entwicklungsschritten des Tarmed. Überall brachte er therapeutische Anliegen ein. Wegen des Fortschreitens seiner Krankheit musste er 2002 seine Praxis aufgeben. Er zog sich zunehmend nach Spanien zurück, woher seine Frau Salome stammt und das ihm vor seinem Tod wohl ganz Heimat wurde. Seine Asche wurde dort verstreut.

Uns bleibt als wertvolles Vermächtnis die Erinnerung an Hans Peter Lipp, der uns als Arzt, Psychotherapeut und Kollege ein menschliches und professionelles Vorbild bedeutet.

Aus dem Vorstand BS

Ausserordentliche Mitgliederversammlung am Dienstag, 21. Juni 2005

Am Dienstag, 21. Juni, hat die ausserordentliche Mitgliederversammlung im Bethesda-Spital zum Thema «Kostenneutralität – wie weiter» stattgefunden. Wir möchten uns hiermit beim Bethesda-Spital für die Gastfreundschaft und die interessante Führung durch den Skulpturenpark sowie bei der Pfizer AG für das Sponsoring des Apéros bedanken. Die Mitglieder der MedGes wurden über den Stand der Dinge und die möglichen Schritte nach Ablauf der Kostenneutralitätsphase orientiert. Es wurden viele offene Fragen diskutiert. Dabei hat die a.o. MV dem Vorstand den Auftrag erteilt, die Verhandlungen zum Vertrag «Kontrolle und Steuerung von Kosten und Leistungen im Bereich TARMED zwischen Santésuisse einerseits und kantonalen Ärztegesellschaften/FMH andererseits» LeiKoV sowie zum entsprechenden Anhang im kantonalen Anschlussvertrag Tarmed aufzunehmen. Die MV wird voraussichtlich im Herbst über die Verhandlungsergebnisse beschliessen. Des Weiteren wurde dem Vorstand die Kompetenz erteilt, den Anschlussvertrag zum Tarmed-Rahmen-

vertrag bei Bedarf zu kündigen. In einer gemeinsamen Sitzung mit Vertretern der Santésuisse wurde daraufhin festgehalten, dass beide Parteien an einer LeiKoV interessiert sind. Die Verhandlungen werden innerhalb der Verhandlungsdelegationen beider Parteien geführt.

Richtlinien Information und Werbung: Hinweise

Immer wieder werden wir darauf aufmerksam gemacht, dass gewisse Mitglieder vermehrt Werbung für ihre Tätigkeit bzw. ihre Praxis betreiben. Wir möchten hiermit festhalten, dass die Richtlinien «Information und Werbung» der FMH sowie der MedGes zwingend eingehalten werden müssen. Bei einer Zuwiderhandlung gegen diese Bestimmungen kann der Ehrenrat der MedGes Sanktionen gegen Mitglieder ergreifen (Verweis, Busse bis 50'000.– Fr., Suspendierung der Mitgliedschaft, Ausschluss aus der MedGes und FMH, Entzug des FMH-Titels, Veröffentlichung in Publikationsorganen der MedGes und FMH, Mitteilung an zuständige Regierungsdirektion oder Krankenversicherungsorgane). Wir bitten die Mitglieder, bei Werbeaktionen eine gewisse Zurückhaltung zu wahren.

Generikakampagne

Wie schon mehrfach erwähnt, plant die MedGes gemeinsam mit dem Baselstädtischen Apothekerverband sowie der ÖKK im kommenden September eine Generika-Kampagne durchzuführen und bittet Sie diesbezüglich, die Beilage dieser Synapseausgabe zu beachten, weitere Informationen folgen.

40 Jahre Medizinische Notrufzentrale MNZ 061 261 15 15

Die MNZ feiert im Juni 2005 ihren 40. Geburtstag. Diesen Geburtstag haben wir zum Anlass genommen, in der Presse wieder einmal auf die Dienstleistungen der MNZ aufmerksam zu machen. Die Medienorientierung wurde an sämtliche Pressestellen in Basel und Umgebung gesendet.

Fortbildungsnachmittag vom 9. Juni 2005

Der Fortbildungsnachmittag im Schaulager zum Thema «Das Bild in der Medizin: Bildgrenzen, Bildmacht» war wiederum ein grosser Erfolg. Ca. 130 Mitglieder haben daran teilgenommen und konnten sich über die sehr unterschiedlichen, hervorragenden Referate sowie über eine Führung durch die Ausstellung von Jeff Wall freuen. Ein herzliches Dankeschön geht auch dieses Mal an die Fortbildungskommission der MedGes.

Aus dem Vorstand BL

Elektronische Abrechnung / Tiers-garant-System

Das Tiers-garant-System ist in unserem Kanton obligatorisch. Gemäss kantona-lem Tarifvertrag ist die Rechnung an den Patienten zu richten. Dieser kann, wenn er will, die Rechnung zur Rückerstattung an seine Krankenkasse senden. Schuldner bleibt der Patient. Dieser Modus gewährt die grösstmögliche politische Unabhängigkeit («Wer zahlt, befiehlt!») und ist gemäss eidgenössischem Datenschutz-beauftragtem der einzig zulässige Weg. Die Abrechnung mittels Tiers-garant-System ist problemlos auch elektronisch möglich. Sowohl unser eigenes Trustcen-ter Syndata wie auch Medidata (kassen-eigene Datensammelstelle ohne statisti-sche Zusatzleistungen, wie Praxisspiegel) sind in der Lage, elektronische Rechnun-gen nach Tiers-garant-System zu ver-arbeiten.

Gemäss Vertrag sind sowohl wir Ärzte als auch die Kassen an das Tiers-garant-Sy-tem gebunden. **Wer die Rechnung direkt an die Kassen sendet, handelt also ver-tragswidrig und muss mit Vertragsaus-schluss rechnen.** Selbstverständlich ist es jedem Arzt vorbehalten, selber mit den Kassen Verträge abzuschliessen. Dann bleibt aber auch die Höhe des Taxpunkt-wertes, die Genehmigung durch die Re-gierung und die Anhörung des Preis-überwachers seine Sache, und er muss aus dem Vertrag der Ärztegesellschaft austreten (Kündigungsfrist).

Der Vorstand empfiehlt dringend, beim Tiers garant zu bleiben. Sobald nicht nur Visana, sondern auch andere Kassen mit Syndata Verträge abgeschlossen haben werden, verliert das Argument der an-geblich kostenlosen Verarbeitung in der kasseneigenen Datensammelstelle an

Bedeutung. Nur Syndata liefert Online-Daten in Form des Praxisspiegels. Nur dank den ärztlichen Trustcentern konnten die unverzichtbare Datenparität mit den Kassen in der Kostenneutra-litätsphase erreicht und 100 Mio. Franken zugunsten der Ärzteschaft «gerettet» werden. Sollte im Tiers-payant-System eine Rechnung von den Kassen bean-standet werden, besteht eine viel geringere Gewähr der Zahlung als im Tiers-garant-System. Mit dem angeblich bes-seren Delkredererisiko ist es also nicht weit her.

Visitationen durch den Kantons-apotheker

Das von einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe zu-sammen mit dem Kantonsapotheker re-digierte Merkblatt betreffend Führung einer Privatapotheke wurde vom Vor-stand zustimmend zur Kenntnis genom-men. Am Mittwoch, 7. und 14. Septem-ber, finden Informationsveranstaltungen statt, separate Einladungen folgen. Vor-her werden keine Visitationen stattfin-den.

Impressum

Anschrift der Redaktion

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

Mitglieder der Redaktion

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

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

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

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

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

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

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Layout, Satz und Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise

erscheint achtmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inseratenregie

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

Schwabe AG
Chantal Schneeberger
Frankfurt-Strasse 14, Postfach 340
4008 Basel
Tel. 061 333 11 07, Fax 061 333 11 06
E-Mail: c.schneeberger@schwabe.ch



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: f.schwab@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

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: 25.8.2005