



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Institutionen in Netzwerken integrieren

Dr. med. Andreas Weber,
MediX Management AG, Zürich

Gekürzte Version des Kapitels «Institutionen integrieren» aus dem Buch «Die Umarmung des Hippokrates. Systemintegration im Gesundheitswesen», Basel: EMH Schweiz. Ärzteverlag; 2003.

Bedeutung von Netzwerken

Zu Beginn der 90er Jahre haben die Krankenversicherer mit der Eröffnung von eigenen Gruppenpraxen, sogenannten HMOs, in mehreren grossen Städten der Schweiz eine Verunsicherung ausgelöst. Den Versicherten wurden Prämienrabat-

te gewährt, wenn sie sich primär in diesen Praxen betreuen oder durch diese weiterweisen liessen. Um der Abwanderung von PatientInnen entgegenzuwirken, schlossen sich in Winterthur rund 20 Grundversorger zusammen und gründeten 1994 das erste Hausarztmodell. Die ÄrztInnen verpflichteten sich gegenüber den Versicherern zu einer wirtschaftlichen Betreuung der bei ihnen eingeschriebenen Hausarztversicherten. In den folgenden Jahren hat sich gut die Hälfte aller Grundversorger der Schweiz vernetzt, um Hausarztmodelle zu betreiben.

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

| | |
|--|----|
| • Was leistet unser Gesundheitswesen? | 4 |
| • TARMED im hausärztlichen Alltag | 8 |
| • Literaturhaus Lenzburg | 10 |
| • Ärztliche Unterstützung für die (Jubiläums-)Spitalinitiative | 12 |
| • «Ein» Fall von Tuberkulose | 14 |
| • Leserbrief | 15 |
| • Der kontrollierte Griff zum Glas | 16 |
| • Bericht über das Notfalltraining der MedGes Basel | 17 |
| • Leserbrief | 18 |
| • SWIM-HF: Eine interdisziplinäre Studie | 18 |
| • Symposium: 20 Jahre Hausarztmedizin – 10 Jahre FIHAM | 20 |
| • Aus dem Vorstand | 22 |

Editorial

Gläserne Patienten in einer transparenten Welt

Dr. med. B. Pia, Psychiatrie
und Psychotherapie FMH, Basel

Bomben in Madrid, Terrorangst im übrigen Europa. Grenzenloser Zerstörungswille jener, die erbarmungslos morden und dabei meist unsichtbar bleiben. Wir ändern möchten daher wissen, wo die Terroristen sind, was sie jetzt gerade tun, wir träumen für Augenblicke von einer transparenten Welt, für die wir allerdings opfern müssten, was wir als offene, demokratische Gesellschaft bezeichnen.

Einerseits Bomben, Terrordrohungen, Explosionen: alltägliches Geschehen in unserer relativen Nähe. Andererseits die beruflichen Themen der letzten Wochen: die Anwendung der neuen Tarifstruktur, Tarmed-konforme Rechnungsstellung, Vorbereitung des elektronischen Datentransfers mit dem Ziel, unsere ärztliche Tätigkeit lückenlos zu erfassen. Ein Kraftakt, an dessen Ziel wir die gläserne Ärztin, den gläsernen Arzt haben werden, mithin Transparenz darüber, was Ärztinnen und Ärzte als ihre Leistungen deklarieren. Fehlen nur die gläsernen Patienten. Und natürlich die Einheitskrankenkasse aus Glas. Leben wir dadurch gesünder

oder sicherer? Lassen sich sogar Kosten sparen?

Wenn unsere Gesellschaft in Zukunft gesünder und sicherer werden will, sollten wir unsere Ressourcen vermehrt für die allerschwächsten einsetzen, in erster Linie für das Gedeihen unserer Kinder. Diese brauchen besonders in ihren ersten Lebensjahren ausreichend befriedigende Fürsorge, im Verlauf ihrer ganzen Entwicklung zudem liebevolle Erziehung, angemessene Bildung und bei Bedarf gute medizinische Behandlung.

Im stationären Bereich entstanden lose Netzwerke im Zusammenhang mit den im KVG geforderten kantonalen Spitalisten und den befürchteten Spitalschliessungen.

In den kommenden Jahren wird die Vernetzung der Leistungserbringer, im Sinne eines verbindlichen Zusammenwirkens, das auf vereinbarten Behandlungs- und Betreuungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen, nach aussen vermittelbaren Zusammenarbeitskultur basiert, auch unter Kostensparaspekten rasch an Bedeutung gewinnen.

Der Zielsetzung und der strategischen Ausrichtung eines Netzwerkes sollte grösste Aufmerksamkeit geschenkt werden, bevor das Netz strukturiert wird. Unter den beteiligten Leistungserbringern muss ein breiter, von allen getragener Konsens über den kurz- und langfristigen Zweck der Zusammenarbeit gefunden werden. Nach der expliziten Zieldefinition sollte überlegt werden, welche Kernprozesse nötig sind, um diese Ziele zu erreichen. Erst zum Schluss sollten die Organisationsstrukturen festgelegt werden, die eine optimale Umsetzung der Kernprozesse ermöglichen.

Ohne signifikanten Nutzen wird das Engagement der beteiligten Leistungserbringer rasch erlahmen oder gar nie aufkommen. Da es den meisten Ärztinnen in der Schweiz heute mindestens finanziell gut bis sehr gut geht, ist es für ein Leistungserbringernetz nicht ganz einfach, echten Mehrwert für die Teilnehmer zu schaffen. Gewisse Netze in der Schweiz und vor allem in Deutschland haben sich zum Ziel gesetzt, dank gemeinsamem Einkauf von Verbrauchsmaterialien, Laborleistungen, Medikamenten, Versicherungspolice oder sogar Automobilen bessere Konditionen auszuhandeln und damit die Gewinnmarge bei gleichem Umsatz zu erhöhen. Eine Befragung verschiedener Hausarztnetze ergab, dass vor allem die Unterstützung in der aufwendigen Informationsbeschaffung zu Fragen aus der täglichen Praxis und der Erfahrungsaustausch unter KollegInnen geschätzt werden. Sowohl ÄrztInnen in Einzelpraxen wie auch Spitexschwestern, Fallmanager und verschiedene Therapeuten können ihrer beruflichen Isolation entweichen und finden im Netzteam dank kollektivem

Wissen und der Möglichkeit, die eigene Unsicherheit mit andern zu teilen, mehr berufliche Sicherheit, Kompetenz und Freude.

Wirtschaftliche Aspekte

Bei der Vernetzung von Leistungserbringern sollten Monopole vermieden werden. Ein Leistungserbringernetz wird langfristig nur dann bemüht sein, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu steigern, wenn sonst die Gefahr besteht, Kunden an einen Konkurrenten zu verlieren. Überregionale Leistungserbringernetze sollten sich geographisch überlappen, so dass Versicherte und PatientInnen jeweils die Wahl zwischen Netzen mit unterschiedlicher Betreuungsphilosophie haben. Auch ein Krankenversicherer wird eher bereit sein, einen Vertrag abzuschliessen, wenn er bei unbefriedigender Zusammenarbeit oder zu hohen Preisen einen anderen Vertragspartner zur Verfügung hat. Eine selektive Vernetzung ist aber nicht nur aus Wettbewerbsgründen wichtig, sondern auch eine Voraussetzung für die Entwicklung einer gemeinsamen Betreuungsphilosophie und eines konsistenten Marktauftrittes. Selektionskriterien dürfen durchaus auch subjektiv sein, denn schlussendlich muss die Zusammenarbeit auch Spass machen. Es sollte kein grundsätzliches Recht bestehen, einem Netzwerk beitreten zu dürfen.

Die Erarbeitung von Behandlungspfaden, Vereinbarung von Therapierichtlinien, Aufbereitung von Datengrundlagen und die Information und Instruktion von PatientInnen können nicht über die üblichen Einzelleistungstarife abgerechnet werden. Dazu kommt, dass diese Massnahmen dank Vermeidung unnützer Leistungen zu Einkommenseinbussen bei den Leistungserbringern führen. Man kann von den Leistungserbringern nicht erwarten, dass sie mehr Aufwand betreiben und dann noch weniger verdienen. Daran ändert auch die Einführung eines neuen Einzelleistungstarifes wie TarMed nichts. Die meisten in der Schweiz entstandenen Hausarztnetze werden nach dem normalen Einzelleistungstarif entgolten. Die Möglichkeit, an den erzielten Einsparungen finanziell zu partizipieren und so allfällige Mindererlöse bei den verrechneten Einzelleistungen zu kompensieren, wurde nur bei den ersten Hausarztverträgen vorge-

sehen. Die meisten Ärzte in Hausarztmodellen hatten keine finanziellen Anreize für eine wirtschaftliche Leistungssteigerung.

Einige Krankenversicherer ziehen heute eine spezifische Entschädigung des Aufwandes für Behandlungssteuerung in Betracht. Dieser an sich begrüssenswerte Ansatz unterbindet jedoch den Anreiz nicht, generell zu viel Leistungen zu erbringen. Mehr Verdienst bei effizienter Leistung ist primär durch Pauschalentschädigungen zu erreichen. Sämtliche Pauschalentschädigungen setzen Anreize für Effizienzsteigerung in einem gewissen Bereich. Jede Teilpauschale setzt jedoch auch Anreize für eine Kostenverlagerung, die wie beim Entgelt nach Einzelleistungstarif nur mit aufwendigen und teuren Kontrollverfahren erfasst werden kann und immer zu Konflikten und Ausweichreaktionen führt. Die Full-Capitation setzt Anreize für eine Effizienzsteigerung im ganzen Leistungsbereich der obligatorischen Krankenversicherung.

Der Gefahr der Unterversorgung muss bereits bei der Vertragsgestaltung begegnet werden. Das finanzielle Risiko sollte nicht vom einzelnen Arzt, sondern von einer Ärztesgruppe getragen werden. Damit werden die finanziellen Konsequenzen eines einzelnen, schwerkranken Patienten durch eine grössere Zahl von Ärzten getragen. Zusätzlich müssen für grössere Schadensummen Rückversicherungen abgeschlossen werden. Bei der Trägerschaft solcher Modelle sollten rein profitorientierte Kapitalgeber weitgehend ausgeschlossen werden. Ausserdem sollte die Versorgungsqualität – zum Schutz der Versicherten und für diese überprüfbar – von einer paritätisch getragenen Institution gemessen werden.

Da es nie gelingen wird, die Kosten eines Individuums exakt vorherzusagen, birgt die Capitation für die Leistungserbringer neben dem unternehmerischen Risiko, die vereinbarten Einsparungen zu erzielen, auch das Risiko, dass die Kosten aufgrund zufälliger oder nicht erkannter systematischer Einflussfaktoren höher ausfallen, als erwartet. Letzteres Risiko zu tragen ist Sache der Krankenversicherer. Capitation-Verträge müssen deshalb verschiedene Mechanismen zur Risikoreduktion und Risikoverteilung zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern beinhalten. Dazu gehören

Risikobegrenzungen, wie die Übernahme eines Teils oder der ganzen Kosten ab z.B. CHF 10 000 durch den Versicherer. Oder eine dynamische Gewinn- und Verlustbeteiligung des Versicherers an der Capitation-Erfolgsrechnung.

Ausblick

In welchem Ausmass die Integration der Leistungserbringer die Kosten der medizinischen Betreuung beeinflusst, war bis jetzt nicht klar. Die ersten Auswertungen von HMO- und Hausarztmodellen zeigten zwar gegenüber einem bezüglich Alter und Geschlecht vergleichbaren, traditionell versicherten Kollektiv signifikant tiefere Kosten. Sogenannte Vorkostenanalysen haben jedoch gezeigt, dass Versicherte, die einem HMO- oder Haus-

arztmodell beitreten, schon vor dem Modellbeitritt weniger kosteten als die traditionell Versicherten. Beim Eintritt in und Austritt aus einem HMO- oder Hausarztmodell findet eine Risikoentmischung statt, die mit Alter und Geschlecht nicht erklärt werden kann. Mit den heute zur Verfügung stehenden Risikoklassifikationsparametern ist es deshalb nicht möglich, Kostenvorteile aufgrund von Risikoentmischung von jenen durch Behandlungssteuerung zu differenzieren.

Weitere Forschung und Entwicklung im Bereich der Risikoklassifizierung ist von entscheidender Bedeutung, um die Wirkung einer integrierten Versorgung auf Kosten und Qualität zu evaluieren. Kostenträger und Politiker brauchen

diesbezüglich mehr Transparenz, wenn es darum geht, gewisse Modelle und Stossrichtungen gezielt zu fördern. Eine Verfeinerung der Risikoklassifizierung und bessere Kostenprognosemodelle sind aber auch notwendig, um für Leistungserbringernetze finanzielle Zielvorgaben oder Capitationbudgets zu berechnen. Und schlussendlich müssen die gleichen Erkenntnisse für eine Verbesserung des Risikoausgleiches unter den Krankenversicherern verwendet werden. Erst ein guter Risikoausgleich führt dazu, dass Krankenversicherer, die ihre Versicherten in einem kostengünstigen, integrierten Versorgungssystem betreuen lassen, einen Vorteil haben gegenüber jenen Versicherern, die sich auf Risiko-selektion konzentrieren.

Gesundheitsökonomie

Was leistet unser Gesundheitswesen?

Dr. med. F. Rohrer,
Innere Medizin FMH, Lausen

Unter dem obigen Titel wurde am 17. März 2004 eine gemeinsam von Dres. St. Vaterlaus und H. Telsler von der Beratungsfirma Plaut Economics und Prof. Dr. P. Zweifel und P. Eugster vom Sozialökonomischen Institut der Universität Zürich erstellte Studie der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese wurde im Auftrag des BSV (Bundesamt für Sozialversicherung), der Galenica, der Interpharma, des Merian-Iselin Spital, der MSD, des Verbandes *santé-suisse*, des *seco* (Staatssekretariat für Wirtschaft), der *vips* (Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten) und des VSAO (Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte) erstellt.

Die politische und ökonomische Diskussion um das schweizerische Gesundheitswesen dreht sich primär um dessen Kosten. In dieser Studie wird die Frage aufgegriffen, ob diesen Kosten auch ein Nutzen gegenübersteht. Im erwähnten Projekt wurde untersucht, was unser Gesundheitswesen aus Sicht der Patienten,

Prämien- und Steuerzahler leistet. Dabei wurden drei Blickwinkel betrachtet: Mit neuen statistischen Ansätzen, sogenannten Marktexperimenten, wurde erstmals untersucht, mit welchem Nutzenverlust verschiedene Änderungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Krankenversicherung (KVG) verbunden wären. Weiter wurde anhand einer repräsentativen Umfrage die Beurteilung des schweizerischen Gesundheitswesens aus der Sicht der Bevölkerung erfasst, und schliesslich wurde versucht, mittels eines internationalen Vergleichs das Schweizer Gesundheitswesen bezüglich Kosten und Leistungen im Vergleich mit anderen Ländern zu positionieren.

Nutzenverlust durch Änderungen des KVG-Leistungskatalogs

Die Studie untersuchte im einzelnen, welche Einflüsse Einschränkungen bei der Arztwahl, beim Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten (Aufnahme in den Leistungskatalog erst zwei Jahre, nachdem deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nachgewiesen wurde), bei der Medikamentenwahl (z.B. Kostenerstattung nur

für Generika, falls solche vorhanden sind, oder ein Verzicht auf die Vergütung von Medikamenten, die nur für Bagatellerkrankungen eingesetzt werden) und bei der Spitalwahl (durch Schliessung der kleinen lokalen Spitäler) ausüben würden. Zusätzlich wurde der Effekt der Einführung einer altersabhängig finanzierten Pflegeversicherung untersucht, welche ausschliesslich von Personen, die älter als 50 Jahre sind, abgeschlossen werden müsste.

Die Nutzenverluste der einzelnen Änderungsvorschläge wurden mit einem 95%-Vertrauensintervall (in CHF pro Person und Monat) errechnet. Für die einzelnen Reformvorhaben kam die Studie zu folgenden Ergebnissen: Eine *Selektion der Ärzte nach Kostenkriterien* ist mit einem sehr grossen Nutzenverlust von rund CHF 100.– pro Person und Monat verbunden. Würden *Qualitäts- und Kostenüberlegungen* gemeinsam bei der Erstellung einer eingeschränkten Ärzteliste berücksichtigt, reduzierte sich der Nutzenverlust auf rund CHF 40.– pro Person und Monat. Indem beinahe 50 Prozent der Befragten die Listenerstellung den Krankenversicherern zwar zugestehen,

diese aber nachträglich durch den Kanton geprüft und genehmigt wissen wollen, sprachen sie sich für «Checks and Balances» aus. Die hohe Bedeutung, welche die Schweizer Bevölkerung einer guten Qualität im Gesundheitswesen beimisst, zeigt sich auch beim Nutzenverlust aus einem temporären *Verzicht auf neue Methoden und Medikamente*. Mit rund CHF 65.– pro Person und Monat fiel der Nutzenverlust in einer ähnlichen Grössenordnung aus wie bei einer Erstellung der Ärzteliste nach Qualitätskriterien. Aus der eingeschränkten Spitalliste resultierte ein durchschnittlicher Nutzenverlust von rund CHF 40.– pro Person und Monat, was in etwa dem gleichen Betrag entspricht wie bei der Ärzteliste nach Effizienzkriterien (Qualitäts- und Kostenbetrachtungen). Relativ geringe finanzielle Kompensationen sind notwendig, damit die Befragten auf Originalpräparate verzichten würden, falls entsprechende *Generika* vorhanden sind. Der Nutzenverlust aus diesem Verzicht liegt bei rund CHF 5.– pro Person und Monat. Ebenfalls nur einen geringen Einfluss auf den Nutzen hätte ein Verzicht der Finanzierung von *Medikamenten für Bagatellerkrankungen* im Grundleistungskatalog. Eine *altersabhängig finanzierte obligatorische Pflegeversicherung* generierte im Durchschnitt einen Nutzenverlust in der Grössenordnung von CHF 20.– pro Person und Monat. Für das Zustandekommen des Nutzenverlusts dürfte gemäss Beurteilung der Autoren der Studie vor allem die altersabhängige, d.h. mit dem fünfzigsten Lebensjahr beginnende, Finanzierung verantwortlich sein.

Nutzenverluste müssen keine Kosteneinsparungen sein

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Nutzenverluste nicht mit den erwarteten Kosteneinsparungen der untersuchten Reformvorhaben gleichzusetzen sind. Vielmehr erlaubt erst der Vergleich der ermittelten Nutzenverluste mit den erwarteten Kosteneinsparungen ein abschliessendes Urteil darüber, ob die Einführung einer Massnahme sinnvoll ist oder nicht. Bei der Analyse der Ergebnisse im Hinblick auf sozioökonomische Unterschiede zeigt sich, dass die Nutzenverluste bei Personen mit höheren Einkommen grösser sind. Aufgrund der Untervertretung der tiefen Einkommen bei den Befragten

sind die in der Studie ermittelten Nutzenverluste als Grössenordnungen zu interpretieren. Ausserdem ergeben sich allgemein deutlich grössere Nutzenverluste bei den in der Westschweiz befragten Personen. Überdies sind die Nutzenverluste bei Gesunden geringer als bei Kranken. Der Unterschied zwischen dem Nutzenverlust der Männer und Frauen ist zu vernachlässigen. Bei älteren Personen hingegen sind grundsätzlich höhere Nutzenverluste zu registrieren als bei den Jungen.

Valide Resultate – aber grosse Streuung beim Individuum

Die Methode der Marktexperimente hat sich nach Einschätzung der Autoren bewährt. Sie eigne sich zur Messung der Präferenzen der Schweizer Bevölkerung für komplexe Sachverhalte im Gesundheitswesen. Insgesamt seien die Ergebnisse nach statistischen Kriterien durchwegs valide. Dies bestätige ein Vergleich mit einer ähnlichen Parallelstudie des Sozialökonomischen Instituts der Universität Zürich, welche mit der gleichen Methode für sich überschneidende Reformthemen (*Generika* statt Originalpräparate sowie verzögerter Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten) zu vergleichbaren Ergebnissen gekommen sei. Überdies konnten auch ähnliche sozioökonomische Effekte identifiziert werden. Die untersuchten Änderungen des Leistungskatalogs der obligatorischen Grundversicherung wären teilweise mit beträchtlichen Nutzenverlusten für die Versicherten verbunden. Die diskutierten Durchschnittswerte täuschen über die Tatsache hinweg, dass Nutzenverluste von einzelnen Individuen unterschiedlich empfunden werden. Werden individuelle Nutzenverluste berechnet, streuen die Werte je nach vorgeschlagener Änderung unterschiedlich stark. So ist der Nutzenverlust aus den beiden Einschränkungen «*Ärzteliste nach Kostenkriterien*» und «*verzögerter Zugang zu neuen Methoden und Medikamenten*» auch für die 10 Prozent der Befragten mit den geringsten Nutzeneinbussen immer noch beträchtlich. Mit CHF 59.– bzw. 35.– liegen sie bei etwa 55 Prozent der Durchschnittswerte von CHF 103.– bzw. 69.–. Die Befragten sind sich in der (negativen) Bewertung dieser Einschränkung ziemlich einig und die Chancen, mit einer Prämienreduktion einzelne Gruppen gezielt

dafür zu gewinnen, sind demnach gering. Auf der anderen Seite liegt der Nutzenverlust bei einer Ärzteliste nach Effizienzkriterien mit CHF 10.– oder bei einer altersabhängig finanzierten Pflegeversicherung mit CHF 7.– für die untersten 10 Prozent gerade noch bei etwa einem Viertel des Durchschnittswerts für die Gesamtbevölkerung. Hier weisen die Werte auf eine beträchtliche Heterogenität der Berechnungen hin. Dies bedeutet, dass eine Minderheit bereits für relativ geringe Prämienkompensation bereit wäre, sich in gewissen Bereichen einzuschränken und z.B. alternative Versicherungsmodelle zu wählen.

Wichtigste Ergebnisse der Befragung vom Herbst 2003

Neben der erstmaligen Berechnung der Nutzenverluste für ausgewählte Reformvorhaben wurden im Herbst 2003 im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung verschiedene Antworten bezüglich Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem schweizerischen Gesundheitswesen ermittelt: Insbesondere fühlt sich die Schweizer Bevölkerung grundsätzlich gesund und sehr zufrieden mit der Qualität der medizinischen Leistungen sowie mit dem Gesundheitssystem insgesamt. Trotz der Mediendiskussion über Krankenkassenprämien und Behandlungskosten konnte knapp die Hälfte der Befragten keine Angaben zur Höhe ihrer monatlichen Prämie machen. Dieses fehlende Wissen war bei Personen mit niedrigen Prämien oder höherem Bildungsgrad ausgeprägter. Ärzte und Spitäler werden sowohl bezüglich der Kompetenz als auch der sozialen Verantwortung besser beurteilt als die Krankenversicherer und die Pharmaindustrie. Die Patientenorganisationen scheinen von einem grossen Teil der Bevölkerung nicht genügend wahrgenommen zu werden, da ein Drittel bezüglich Kompetenz respektive ein Fünftel der Befragten bezüglich sozialer Verantwortung kein Urteil über sie abgeben konnte.

Internationaler Vergleich ausgewählter Gesundheitssysteme

Anhand ausgewählter OECD- und WHO-Studien wurde das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich positioniert. Das schweizerische System zeichnet sich durch qualitativ

gute Leistungen, jedoch auch ein vergleichsweise hohes Kostenniveau aus. Dabei wären – wie das Beispiel Japan zeigt – höhere Leistungen auch mit geringerem finanziellem Aufwand realisierbar. Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems sei im Vergleich zu den USA grösser bei gleichzeitig leicht geringeren Kosten. Italien, Frankreich und Grossbritannien setzten ihre verfügbaren finanziellen Ressourcen kosteneffizienter ein als die Schweiz, wiesen aber bezüglich Qualität einen Rückstand auf. Deutschland soll insgesamt schlechter abschneiden als die Schweiz, weist aber bezogen auf die Kosten einen geringen Vorsprung auf. Zusammenfassend verfügt die Schweiz im internationalen Vergleich gemäss den untersuchten Daten über ein teures, aber qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen.

Studienkritik

Von verschiedenen Auftraggebern liegen Stellungnahmen zu den Resultaten der erwähnten Studie vor. Die *santésuisse* behauptet, dass aus dieser Studie klar hervorgehe, dass das Schweizer Gesundheitswesen ineffizient sei. Tatsächlich konnte diese Studie die Frage der Qualität der erbrachten Leistungen und natürlich auch die Frage, ob alle erbrachten Leistungen auch indiziert waren, nicht beantworten. Hier fehlt die Innensicht, die alleine mit ökonomischen Daten und Umfragen nie erbracht werden kann, aber auch die Aussensicht auf andere ökonomische, soziale oder medizinische Faktoren, wie das generell in der Schweiz (zu) hohe Preis- und Lohnniveau, demographische Entwicklungen, rechtliche Grundlagen oder die Prävalenz bestimmter Erkrankungen. Das Qualitätsproblem und die damit verbundene fehlende Effizienz bei der Ressourcenverteilung, an denen staatlich geleitete Gesundheitssysteme, z.B. in Grossbritannien, leiden, wurden im Positionspapier der *santésuisse* einfach ausgeklammert. Die *santésuisse* betont die differenzierten Resultate, geht es um die freie Arztwahl: die Versicherten bevorzugten eine Selektion der Ärzte nach Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien («Effizienz»). Ein alleiniges Abstellen auf «Qualität» ohne Rücksicht auf den Preis schneide schlechter ab. Erwähnenswert sind aber auch grosse Unterschiede zwischen Deutsch-

schweiz und Romandie, der Nutzenverlust durch den Wegfall der freien Arztwahl scheint dort vier Mal grösser zu sein als in der Deutschschweiz. Gesamthaft zeigt aber die Studie eine vergleichsweise hohe Zahlungsbereitschaft der Versicherten für das Recht auf die freie Arztwahl. Von seiten der *Interpharma* werden andere Kritikpunkte hervorgehoben: Insbesondere wird betont, dass trotz vermehrten Kostenbewusstseins bei den Versicherten die Orientierung an einem qualitativ hochwertigen, innovativen Gesundheitswesen bestimmend bleibe und die im internationalen Vergleich grossen Wahlfreiheiten als sehr wertvoll eingeschätzt würden. Der Nutzenverlust mehrerer kombinierter Einschränkungen übersteige mit CHF 291.– gar die Durchschnittsprämie von CHF 190.–. Von dieser Seite wird natürlich der mit CHF 65.– pro Monat (oder einem Drittel der durchschnittlichen Monatsprämie) hohe Nutzenverlust durch den Verzicht auf neue Methoden und Medikamente während zwei Jahren besonders hervorgehoben. Die Förderung von Generika wird als Beitrag zur Kostendämpfung akzeptiert, solange nicht ein (medizinisch) problematischer Zwang zur Substitution bestehe. Auch aufgrund der erhobenen Zahlen wird die obligatorische Wirkstoff- statt Präparateverschreibung abgelehnt, da sie eine Einschränkung der Therapiefreiheit bedeute und der Behandlungserfolg in Frage gestellt werde, da der Patient laufend andere Medikamente bzw. Präparate erhalte. Aus den gleichen Zahlen schliesst allerdings der Krankenkassenverband *santésuisse* genau das Gegenteil! In seiner Stellungnahme betont der VSAO insbesondere, dass sowohl von Patienten wie Gesunden die Einschränkung der freien Arztwahl allein nach Kostenkriterien, aber auch nach kombinierten Qualitäts- und Kostenkriterien klar abgelehnt werde, da der quantitative Nutzenverlust lediglich im Bereich einer halben monatlichen Krankenkassenprämie liege. Auch der unverzögerte Zugang zu neuen Abklärungs- und Behandlungsmethoden stelle in den Augen der Bevölkerung ein Qualitätsmerkmal unseres Gesundheitssystems dar, das nicht eingeschränkt werden soll. Lediglich Einschränkungen bei der Medikamentenwahl würden nicht als gravierend empfunden und zeigten dementsprechend einen kleinen Nutzenverlust. Eindrück-

lich sei die grosse Bandbreite der Nutzenverluste in ausgewählten Subgruppen, wobei insbesondere für Frauen, Kranke, Ältere und Welschschweizer deutlich höhere Nutzenverluste resultierten. Aufgrund der Studienergebnisse ziehe die Bevölkerung den Status quo den vorgeschlagenen Alternativen mit unterschiedlicher Deutlichkeit vor: Die freie Arztwahl und eine qualitativ hochstehende Medizin stellten diejenigen Elemente unseres Gesundheitssystems dar, die von der Bevölkerung als letzte geopfert würden.

Konsequenz: vermehrte Transparenz für die Versicherten

Diese Studie kann keine genügende Aussage zur Effizienz des schweizerischen Gesundheitswesens machen. Die internationalen Vergleiche sind nur so gut wie die dazu herbeigezogenen Studien und lassen sicher keinen abschliessenden Qualitätsvergleich zu, insbesondere da bisher keine geeigneten Indikatoren zur Qualitätsmessung entwickelt wurden. Korrelationen zwischen Ärztedichte und z.B. der Anzahl Hysterektomien oder Tonsillektomien in einer Region sind zur Effizienzmessung definitiv unbrauchbar, da der entscheidende Faktor vielleicht verpasst wird. Die bedeutendste Neuerung der Studie und der für sie entwickelten Messmethoden ist, dass die von den Versicherten auf sich zu nehmenden Nutzenverluste verschiedener Massnahmen quantifiziert werden konnten und damit einer rationalen Betrachtungsweise zur Verfügung stehen. Von der eigenen Betrachtungsweise gewisser Interessengruppen, seien dies Ärzte, Krankenkassen oder Pharmahersteller oder -händler, beeinflusste Bewertungen werden nun für alle Beteiligten transparenter. Bei der Bewertung dieser Verluste sind nun vor allem die Versicherten und die Patientenorganisationen gefragt. Diese müssen den Politikerinnen bekanntgeben, welche Nutzenverluste sie in Zukunft, d.h. im Rahmen der KVG-Revision, gewillt sind zu tragen!

Weitere Informationen und auch die vollständige Studie sind unter <http://www.plaut-economics.ch>, <http://www.interpharma.ch>, <http://www.santesuisse.ch> oder <http://www.vsaio.ch> erhältlich.

TARMED im hausärztlichen Alltag

Pierre Périat

Letzte Woche kam eine langjährige Patientin in die Sprechstunde, eingeschrieben zur Kontrolle der Hypertension und der Refluxösophagitis. Sie war traurig, weil soeben kurz nach der Mutter auch ihre Schwester an einem Karzinom verstorben war. Blutdruck und Reflux waren schnell abgehandelt, aber die Besprechung des Todesfalls, die Worte des Mitgeföhls und des Trostes, wie zwischen zwei langjährigen Vertrauten üblich, liessen die Konsultation auf 27 Minuten ansteigen. Wie rechne ich dies jetzt nach TARMED korrekt ab? Die maximal gestatteten 20 Konsultations-Minuten reichen nicht aus. Es gibt keine Position «Trost» oder «Kondolenz». Für «einfache Psychotherapie des Grundversorgers» auf der Rechnung hätte die Patientin wahrscheinlich wenig Verständnis. Die Zeit eilt, denn im Wartezimmer ist neben den viertelstündlich eingeschriebenen Patienten noch ein Alzheimer-Patient von seiner Betreuerin auf dem Weg ins Tagesheim «schnell» vorbeigebracht worden. Er sei seit letzter Nacht unruhig und etwas aggressiv. So sei er für das Tagesheim wahrscheinlich nur schwer tragbar. Die Betreuerin vermutet, er habe Ohrenweh. Die Ohren sind unauffällig, Fieber besteht keines, aber die etwas laufende Nase lässt am ehesten an einen banalen Infekt der oberen Luftwege denken. Möglicherweise stört ihn auch etwas Kopfweh. Ich verordne Symptombehandlung mit NeoCitran und Nasentropfen und bitte um telefonischen Bericht gegen Abend. Der Patient war zwar kein Notfall, aber er hat mich doch

weitere 12 Minuten in Rückstand gebracht. Wie hole ich diese Zeit wieder ein, zumal die nächsten Patienten erwarten, ich hätte 15 Minuten für sie Zeit? Soll ich wohl die Kaffeepause auslassen? Eigentlich wollte ich mich am Znüni nach dem Ehemann der einen Arztgehilfin erkundigen, der kürzlich einen Unfall erlitt. Ich verzichte auf beides und trage stattdessen die bisher erbrachten Tarifpositionen nach. Es ärgert mich, dass ich seit Einführung von TARMED «in Abwesenheit des Patienten» eine Stunde täglich mehr arbeite (für den Nachtrag der Tarifpositionen, das Eintragen der Diagnose-Codes auf die Rechnungen, Nachlesen von Tarifbeschreibungen und von Ausschlusskriterien usw.), ohne dass ein Patient aus dieser Mehrarbeit Nutzen ziehen könnte. Wenn mich die Patienten fragen, erkläre ich ihnen, dass sie mit TARMED zwar besser verwaltet, aber (noch) nicht schlechter betreut wären. Die Verschlechterung der Betreuung folge erst bei der Durchsetzung der Kostenneutralität, denn dann werde die neu grössere Verwaltungsarbeit gegenüber der Patientenbetreuung Priorität bekommen, da unsere Honorierung nur von der Verwaltungsarbeit abhängig gemacht werde. Ohne korrekte Verwaltung gibt's kein Geld, die Patientenarbeit hingegen interessiert eh nur Nischenplayer wie Patienten und Ärzte. Wussten Sie, dass ein grosser Teil der Mitglieder der Bundesversammlung Verwaltungsräte von Krankenkassen oder Versicherungen ist? Wundert es Sie da, dass die Patientenorganisationen keine Subventionen bekommen und dass über die Argumente der Ärzte in «Berns» Politik nur gelacht

wird? Vielleicht sollten FMH und Fachgesellschaften zu Aktiengesellschaften mit Verwaltungsräten werden, um in dieser neoliberalen Welt mit gleich langen Spiessen bestehen zu können. Vielleicht würden dann die Arztpraxen nicht nur vor den Wahlen mit Lippenbekenntnissen zu den KMUs vertröstet, sondern tatsächlich mit politischen Taten gestützt.

Ich widme mich wieder meinen Patienten. Frau X ist depressiv (das fehlt mir im Moment gerade noch) und will das empfohlene Antidepressivum wie so viele andere partout nicht einnehmen. Ich empfehle, motiviere und empowere, denn schliesslich mag ich meine Patienten und meine Arbeit trotz der immer widrigeren Umstände. Denn es gibt eigentlich immer noch keinen schöneren Beruf als den des Hausarzts. Kämpfen wir dafür, dass er als Fundament unseres Gesundheitswesens erhalten bleibt, bis wieder bessere Zeiten kommen.

- GAMBA-GV ist am 12. Mai 2004 in der Mittenza, Beginn 20.00 Uhr.
- GAMBA-Fortbildungstag ist dieses Jahr bereits am 9. September 2004, Beginn 16.00 Uhr.
- Am 26. August 2004 organisieren unsere KollegInnen vom FIHAM Basel ein Symposium anlässlich ihres 10jährigen Bestehens und feiern 20 Jahre Hausarztmedizin an der Medizinischen Fakultät Basel. Alle Hausärzte und Freunde der Hausarztmedizin sind herzlich eingeladen. Feiern Sie mit!

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!

Eröffnung Literaturhaus Lenzburg



Urs Hofmann

Das Müllerhaus in Lenzburg will zum Treffpunkt der aargauischen Literaturszene werden

Nur einmal im Jahr, zu Weihnachten, erlaubten sich Herr und Frau Doktor Müller, die Türen ihres schönsten Saales zu öffnen, um dort zu tafeln. Ab sofort aber darf in diesem Saal monatlich Weihnachten gefeiert werden: Das Müllerhaus in Lenzburg öffnet ihn dem Publikum und schenkt der literarisch weit verzweigten Landschaft Aargau ein Zentrum für das Wort, ein eigenes «Literatur- und Sprachhaus».

Gleich einem sorgfältig gemachten Buch, das man anschauen, durchblättern und riechen kann, vermag auch das Müllerhaus jene Form von Sinnlichkeit zu vermitteln, die Literatur- und Sprachinteressierte fasziniert. Stolz präsentiert sich das alte Bürgerhaus von aussen, geheimnisvoll vielfältig und bunt von innen. Steile Steintreppen führen vom Gewölbekeller in den Dachstock, knarrende Holzböden erzählen Geschichten von flinken Hausangestellten, kunstvoll bemalte Seidentapeten laden zur ewig währenden Teestunde. Nach einer Restauration werden nun die Räume wieder regelmässig von Menschen und Worten belebt. Es soll darin gelesen und zugehört, reflektiert und debattiert werden.

Eigenständiges Profil

Das Müllerhaus schliesst im kulturellen Leben des Kantons Aargau eine Lücke und gibt der beispielhaften AutorInnen- und Literaturförderung durch das Aargauer Kuratorium ein Gesicht. Das Kuratorium, das über die Vergabe des im Kanton gesetzlich verankerten Kulturprozentes entscheidet, ermöglicht, dass sowohl arrivierte wie auch Nachwuchs-Schreibende arbeiten und ihre Texte publizieren können. Zusammen mit der Stiftung Dr. Hans Müller und Gertrud Müller, der Besitzerin des Ge-

bäudes, bildet der Kanton auch die Hauptträgerschaft des Literaturhauses Lenzburg. An dieser Stelle sei – in interkantonalen Freundschaft und vor allem im Namen der Kultur – an den Grossen Rat des Kantons Aargau appelliert, das Kulturprozent zukünftig doch ganz auszuschöpfen.

Verantwortlich für Konzept und Programm des Müllerhauses ist der Schriftsteller Andreas Neeser. Er wagt den anspruchsvollen Spagat zwischen seiner eigenen schreibenden Tätigkeit und der Vermittlung von Literatur und Sprache. Seit Monaten kümmert sich der agile Vierzigjährige, der auch kulturferne Kreise für sein Projekt begeistert, um die Verwirklichung des Literaturhauses, unterstützt von einer auch konzeptuell mitwirkenden Assistenz und einem Sekretariat. Neeser wünscht sich einen Ort, der den literarischen Diskurs zwischen Schreibenden, KritikerInnen und Lesenden ermöglicht und fördert. Das Haus soll sich als literarischer Knotenpunkt im Aargau etablieren; einem Kanton, dessen starke Regionalisierung, dessen Vor- und Kleinstädte und ländlichen Gebiete sich im vielfältigen literarischen Schaffen widerspiegeln.

Um neben den Literaturhäusern in Basel und Zürich bestehen zu können, ist das Müllerhaus auf ein eigenständiges Profil

angewiesen. Es will sich deshalb nicht nur auf die Literaturvermittlung beschränken, sondern versteht sich als geistige Werkstatt, in der neben der Präsentation auch die Arbeit am Text und vor allem die Sprache im Zentrum stehen. Über regelmässige Prosa- und Lyriklesungen hinaus sollen thematische Schwerpunkte mit dem Anspruch inhaltlicher Vertiefung angeboten werden. Ende April etwa startet eine prominent besetzte Veranstaltungsreihe zum Thema «Übersetzen», dem stillsten und unsichtbarsten Gewerbe im Literaturbetrieb.

Forum für junge Talente

Unter dem Namen «Junges Müllerhaus» schafft das Literaturhaus ein Forum für literatur- und sprachinteressierte Jugendliche. Es bietet ihnen die Möglichkeit, in Gruppen und in Eigenregie literarische Anlässe zu planen und durchzuführen. In Schreibwerkstätten wird zudem talentierten jungen Schreibenden während dreier Wochenenden die Gelegenheit gegeben, unter der Anleitung von Profis an eigenen Texten zu arbeiten und diese zu präsentieren.

Als Treffpunkt für Text-Interessierte soll sich schliesslich die «Hörbar» etablieren. Bei Brot, Käse und Wein liest man sich gegenseitig Texte vor (aber nicht die eigenen!), diskutiert und geniesst. Ganz nach dem Sinnesfreund, der seine Neigung mit Kreide auf der Innenseite einer kleinen Kellertüre des Müllerhauses verewigte: «Am 29. August 1925 hat Boris S. hier die letzte Flasche «Sauterne» geholt.»

Müllerhaus, Bleicherain 7,
5600 Lenzburg 1, T 062 888 01 40
www.muellerhaus.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 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; www.programmzeitung.ch

Ärztliche Unterstützung für die (Jubiläums-)Spitalinitiative

Prof. Dr. med. Niklaus Friedrich
 Prof. Dr. med. Felix Harder
 Prof. Dr. med. Werner Müller
 Prof. Dr. med. Andreas Nydecker
 Dr. med. Bernhard Rüetschi

Auftrag zur Partnerschaft

Anfang der siebziger Jahre, nach der Ablehnung der Wiedervereinigung im Kanton Basel-Landschaft, erteilte das Volk den Regierungen und Parlamenten der beiden Basler Kantone den Auftrag, eine Partnerschaft aufzubauen und damit die Zusammenarbeit zu gewährleisten.

In den Partnerschaftsartikeln der beiden Kantonsverfassungen (Art. 3 der BL-Verfassung und Art. 17a der BS-Verfassung) wird den Behörden mit nahezu identischem Wortlaut aufgetragen,

- miteinander Vereinbarungen abzuschliessen;
- gemeinsame Institutionen zu schaffen;
- den gegenseitigen Lastenausgleich anzustreben
- und die Gesetzgebung anzugleichen.

Folgen fehlender Zusammenarbeit

In den vergangenen 30 Jahren wurde dieser verfassungsmässige Auftrag nur sehr partiell wahrgenommen. Tatsächlich ist die politische Partnerschaft geprägt von weitgehend irrationalen, emotional tiefverwurzeltem Misstrauen und Besitzstand-Denken. Vielfach herrscht eine Kommunikationskultur, welche der Sache schadet. Entwicklung und Zusammenarbeit sind blockiert. Sie beschränken sich in wesentlichen Belangen auf Lippenbekenntnisse und punktuelle Zusammenarbeit. Zwar sind gute und tragfähige Entwicklungsprojekte von verschiedener Seite präsentiert worden. Der politische Wille zur Umsetzung, zur gemeinsamen Realisierung fehlte bisher. Stattdessen bewahren beide Halbkantone Althergebrachtes, kurzfristig erpicht auf den eigenen momentanen Vorteil mehr als auf gemeinsames, zukunftsorientiertes Gedeihen.

Beharrlich geduldete, sinnlose Doppelspurigkeiten sind nicht nur kostentreibend. Mehrfach parallel geführte Einheiten führen mangels kritischer Masse, Erfahrung und Übung dies- und jenseits zu Inkompetenz, mangelnder Glaubwürdigkeit und Wettbewerbsunfähigkeit. Dies gilt gleichermaßen für Kultur, Bildung, Wissenschaft und speziell auch für Teile der Gesundheitsversorgung (Spezialisierung, Mindestmengen, Qualität, Weiterbildungsanerkennung, Forschung, Innovationsfähigkeit, Kosten).

Sofern die Gesundheitsversorgung für unsere Bevölkerung weiterhin höchsten Ansprüchen gerecht werden und zugleich finanzierbar bleiben soll, müssen ausgewählte überkantonale Schwerpunkte gemeinsam eingerichtet und betrieben werden. Patienten dürfen nicht Gefangene und letztlich Opfer eines fragmentierten, in zu engen Grenzen erstickenden Systems werden.

Dass die Universität – und mit ihr die Medizinische Fakultät in einem Netzwerk der gesamten Region (Life-Sciences, Biotechnologie, Pharma u.a.) – einen wichtigen Wirtschaftsfaktor darstellt und breit abgestützt werden muss, kann nicht genügend betont werden. Eine mangelhaft koordinierte Nordwest-Schweiz hat in der sich neu ausrichtenden Uni-Landschaft Schweiz schlechte Karten und gefährdet die Medizinische Fakultät im nationalen und internationalen Wettbewerb ganz erheblich. Ist es denkbar, dass eine Mehrheit von Verantwortungsträgern in unserer Region weder fähig noch gewillt ist, die Dringlichkeit vertiefter bikantonalen und regionaler Zusammenarbeit zu erkennen und zu fördern?

Die Jubiläumsinitiativen

Im Jahre 2000 hat sich eine kleine Gruppe von Politikerinnen und Politikern aus beiden Basler Kantonen zusammengefunden und im Hinblick auf das bevorstehende Jubiläumsjahr (500 Jahre Bei-

tritt zur Eidgenossenschaft) die drei sogenannten Jubiläumsinitiativen lanciert. Zwei davon, nämlich die Spital- und die Sicherheitsinitiative, kommen am 16. Mai in beiden Kantonen zur Abstimmung. Die Bildungsinitiative, die eine Angleichung der Schulsysteme und eine gemeinsame Trägerschaft für Fachhochschulen und Universität verlangt, wurde von den kantonalen Parlamenten an die Regierungen zurückgewiesen mit dem Auftrag, gemeinsam einen Gegenvorschlag auszuarbeiten.

Die Spitalinitiative

Die Spitalinitiative will die kantonalen Spitäler beider Kantone unter eine gemeinsame Oberleitung stellen. Die einschlägigen Gesetze sollen angeglichen, ein optimiertes Dienstleistungsangebot definiert, gemeinsame Verwaltungseinheiten und die Voraussetzungen für einen gerechten finanziellen Lastenausgleich geschaffen werden.

Die Initiative ist unformuliert, d.h., es wird lediglich das Ziel vorgegeben. Die konkrete Lösung ist von Fachleuten und Politikerinnen und Politikern aus beiden Kantonen innerhalb der nächsten vier Jahre zu erarbeiten. Ausdrücklich wird der Beitritt weiterer Gemeinwesen (Gemeinden, Bezirke aus den Kantonen AG und SO oder aus der französischen oder deutschen Nachbarschaft) zur gemeinsamen Spitalorganisation offengehalten.

Gemeinsame Oberleitung

Die Unterstellung der kantonalen Spitäler unter eine gemeinsame Oberleitung bringt endlich die dringend notwendige gemeinsame Planung. Die Initiantinnen und Initianten sind überzeugt, dass mit der Zuweisung von Schwerpunkten an die verschiedenen Spitäler das medizinische Dienstleistungsangebot verbessert und mit der Beseitigung von kostspieligen Doppelspurigkeiten eine

betriebswirtschaftliche Optimierung möglich wird, die zum transparenten Kostenausgleich und mittelfristig zu Einsparungen führt; damit könnten z.B. die Pflegeleistungen wieder verbessert werden. Für die Bevölkerung soll Freizügigkeit in allen Spitälern möglich sein.

Bekennnis zur medizinischen Fakultät
Darüber hinaus ist die Spitalinitiative ein klares Bekenntnis zur medizinischen Fakultät und zur klinischen Forschung; sie stärkt somit den für uns alle wichtigen Wirtschaftsstandort und die regionale Position, wenn es gesamtschweizerisch um die Verteilung der medizinischen Fa-

kultäten sowie der Bundesgelder für die regionale Forschung geht.

Aus all diesen Gründen sollten wir nicht nur als Einwohnerinnen und Einwohner der beiden Basler Kantone, sondern auch im Interesse unserer Patientinnen und Patienten die Spitalinitiative unterstützen.

Spitalinitiative Basel-Landschaft

Im Rahmen von § 3 Absatz 2 der Kantonsverfassung vom 17. Mai 1984 sind spätestens ab 1. Januar 2008 die kantonalen Spitäler mit denjenigen des Kantons Basel-Stadt als zusammengefasste Organisation mit einheitlicher Leitung gemeinsam zu führen. Bis dahin sind die einschlägigen Gesetze gegenseitig anzugleichen, ein gemeinsames optimiertes Dienstleistungsangebot zu definieren, gemeinsame Verwaltungseinheiten und die Voraussetzungen für einen gerechten finanziellen Lastenausgleich zu schaffen.

Der Beitritt weiterer Gemeinwesen zur neuen Spitalorganisation soll möglich sein.

Spitalinitiative Basel-Stadt

Im Rahmen von § 17a der Kantonsverfassung vom 2. Dezember 1889 sind spätestens ab 1. Januar 2008 die kantonalen Spitäler mit denjenigen des Kantons Basel-Landschaft als zusammengefasste Organisation mit einheitlicher Leitung gemeinsam zu führen. Bis dahin sind die einschlägigen Gesetze gegenseitig anzugleichen, ein gemeinsames optimiertes Dienstleistungsangebot zu definieren, gemeinsame Verwaltungseinheiten und die Voraussetzungen für einen gerechten finanziellen Lastenausgleich zu schaffen.

Der Beitritt weiterer Gemeinwesen zur neuen Spitalorganisation soll möglich sein.

LEiMAPHARM

die clevere Alternative

Ihr regionaler Ärztelieferant

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

leimapfarm@datacomm.ch

«Ein» Fall von Tuberkulose

Dr. med. Thomas Steffen, Schulärztlicher Dienst, Gesundheitsdienste Basel-Stadt, und PD Dr. med. Jürg Hammer, Universitäts-Kinderklinik beider Basel

An Tuberkulose sind in den letzten 100 Jahren weltweit rund 100 Millionen Menschen gestorben. Jährlich erkranken auch heute noch gegen 9 Millionen Menschen daran. Besonders betroffen sind zur Zeit Entwicklungsländer und Länder mit einschneidenden sozio-ökonomischen Problemen.

In unseren Breiten ist es ruhiger geworden um die Tuberkulose. Im Jahre 2003 wurden in der Schweiz 629 neue Tuberkuloseerkrankungen gemeldet. Im Vorjahr waren es 658. Die Tuberkulosesterblichkeit ist in der Schweiz im letzten Jahrhundert ganz erheblich zurückgegangen (Abbildung 1).

Dass aber auch in dieser relativ stabilen Situation neue Tuberkulose-Erkrankungsfälle mit Blick auf die Gesundheit der Bevölkerung systematisch abgeklärt werden müssen, zeigt das nachfolgende Beispiel.

Im Frühjahr 2003 wurde bei einem 11-jährigen Schüler in einer Basler Primarschule eine offene und deshalb ansteckende Lungentuberkulose festgestellt. Der Nachweis von Mykobakterien im Sputum war im Direktpräparat sowie in der Kultur positiv. Der Knabe wurde in der Universitäts-Kinderklinik beider Basel hospitalisiert und initial mit einer 4er-Kombination mit Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol und Pyrazinamid, später nach Vorliegen der Resistenzprüfung mit einer 3er-Kombination behandelt. Die Entlassung aus dem Spital erfolgte erst, nachdem eine weitere Ansteckung mittels negativer Sputumdiagnostik ausgeschlossen war. Nach sechs Behandlungsmonaten konnte die Therapie erfolgreich abgeschlossen werden.

Für die Einleitung von Public-Health-Massnahmen und die schnelle Informa-

tion des Umfelds des Patienten war in dieser Situation die rasche Meldung der Erkrankung an den Kantonsärztlichen Dienst und im weiteren an den Schulärztlichen Dienst von grosser Bedeutung. Auf diese Weise konnten die Lehrer, Eltern und Schüler/innen rasch vom Schulärztlichen Dienst über die Situation informiert werden, was half, die aufkommenden Ängste bei den Betroffenen abzubauen.

Neben der Information des Umfelds wurde umgehend eine systematische Umgebungsuntersuchung in der Schule und im familiären Umfeld des Patienten eingeleitet. Untersucht wurden 8 Schulklassen mit insgesamt 157 Schülerinnen und Schülern. Zur Anwendung kam ein Tuberkulin-Hauttest (Mantoux-Probe). Als positiv wurde eine Induration von >5 mm nach 72 Stunden gewertet. Insgesamt wurden bei der durchgeführten Umgebungsuntersuchung 22 Tb-Konverter und 7 Patienten mit einer Lungentuberkulose gefunden. Die Häufigkeit von Mantoux-positiven Kindern war in der Klasse des Index-Patienten mit 73% ge-

genüber 8% in den anderen Klassen deutlich erhöht ($p < 0.001$).

Der beschriebene Fall zeigt, dass auch Kinder – wenn auch selten – Tuberkulose übertragen können. Die Ausbreitungsdynamik sowie die Unruhe unter den betroffenen Eltern und Kindern kann im Vergleich mit erwachsenen Personen ungewöhnliche Ausmasse annehmen. Für die Bewältigung eines solchen Ereignisses sind daher eine aktive und offene Informationspolitik sowie eine systematische situationsangepasste Umgebungsuntersuchung unerlässlich. Solche Umgebungsuntersuchungen verhindern nicht nur viel menschliches Leid und die Weiterausbreitung der Tuberkulose, sondern sparen auch Behandlungskosten. Jede Behandlung eines neuen Tuberkulosefalls kostet das Gesundheitswesen rund 25 000 Franken.

Das Beispiel zeigt aber auch, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinik und Public-Health-Dienststellen unerlässlich ist, um effizient einen Krankheitsausbruch bekämpfen zu können.

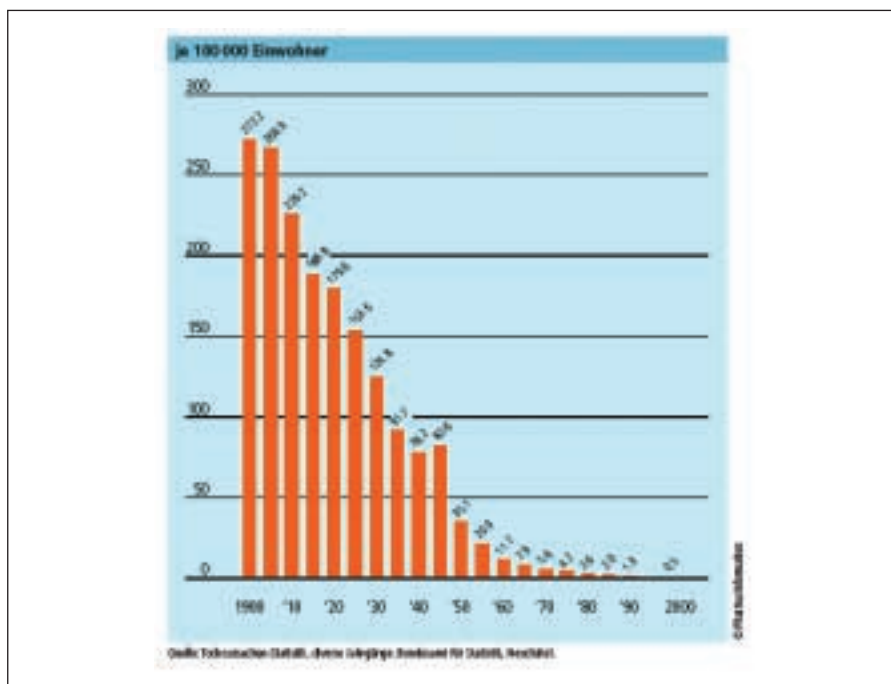


Abb. 1: Tuberkulose-Sterbefälle.

Leserbrief

Entgegnung zum Forum-Artikel von Dr. med. R. Ott, Synapse 01 2004 Alterspsychiatrie – keine Domäne für die Staatsmedizin!

*Dr. med. Th. Cahn, Chefarzt
Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal,
Leiter der Folgeplanung II*

In seinem Forum-Artikel vom Februar 2004 greift Dr. Ott die Frage der Alterspsychiatrie in der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Baselland auf. Er bezieht sich auf den dort geforderten Alterspsychiatrischen Dienst mit der Befürchtung, den Hausärzten und allenfalls den privat praktizierenden Psychiatern würden ihre ureigenen Aufgaben vom Staat entrissen. Das entspricht wohl verbreiteten Ängsten und standespolitischen Reflexen, welche die vorgelegte Planung aber nicht verdient. Als Planungsleiter bin ich Dr. Ott dankbar für den Anlass zu einer Entgegnung, denn es ist wichtig, dass das Thema in der Debatte bleibt und dass unsere Pläne von der Ärzteschaft gut getragen werden.

Die Alterspsychiatrie hat in unserer Psychiatrie-Planung erste Priorität, nicht alleine aus demographisch-epidemiologischen Gründen, sondern vor allem wegen der qualitativen Unterversorgung, die wir durch eigene Recherchen empirisch festgestellt haben. Hier besteht in der gesamten psychiatrischen Versorgung die deutlichste Lücke: Allgemein gibt es im Kanton ein Manko an fachgerechter psychiatrischer Betreuung für die Betagten, die diese von Hausärzten, Fachärzten und in der Pflege brauchen. Ein struktureller Rückstand ist hier schon lange festzustellen. Basel-Stadt und andere Kantone haben einen alterspsychiatrischen Fachdienst schon vor Jahren aufgebaut. Die Entwicklung der Alterspsychiatrie war schon in der Folgeplanung I von 1991 ein vorrangiges Ziel, wurde aber nicht umgesetzt. Ein Grund war, dass man damals mit dem Postulat keinen klaren Strukturvorschlag verbunden hatte. Um aber zu einer nachhaltigen Verbesserung zu kommen, braucht es offenbar eine institutionelle Struktur, welche dieses Anlie-

gen als Hauptaufgabe vertreten und voran bringen kann. Daher jetzt der Vorschlag eines öffentlichen Alterspsychiatrischen Dienstes.

Was nun die Aufgaben dieses Dienstes betrifft, bin ich mit Dr. Ott in dem Punkt vollständig einverstanden: Es kann in keiner Weise darum gehen, die Masse der alterspsychiatrischen Behandlungs-, Betreuung- und Pflegeaufgaben zu verstaatlichen; das wäre blanker Unsinn. Wenn man die Planungspapiere liest, namentlich den Original-Bericht¹ (und nicht die stark verkürzten Presse-Artikel), findet man hingegen folgendes klares Konzept: Es ist ein vollständiger Dienst vorgeschlagen, mit stationärem, teilstationärem und ambulanten Teil. Er soll ambulant die bestehenden EPD-Leistungen auf alterspsychiatrischem Gebiet übernehmen und im Ausbau namentlich einen regelmässigen Konsiliar- und Liaisondienst für Ärzte und Heime im ganzen Kanton anbieten. Stationär sollen die bestehenden Altersabteilungen in der KPK und im Kantonalen Altersheim – ohne Kapazitätserweiterung – in den Dienst integriert werden und spezialisierte akutpsychiatrische und rehabilitative Behandlung für Betagte übernehmen.

Vor der Behandlung stehen im Aufgabenkatalog Abklärung und Beratung. Gerade daran mangelt es. Ein dementielles Bild erfordert eine sorgfältige differentialdiagnostische Beurteilung. Oft steckt zum Beispiel eine Depression dahinter. Auch eine pharmakotherapeutische Optimierung ist in vielen Fällen angezeigt (40% der Heimbewohner im Kanton erhalten gemäss unserer Voll-Erhebungen Neuroleptika und/oder Antidepressiva!). Die pflegerische Unterstützung und Beratung der Angehörigen sollten mit Hilfe von spezialisierten Fachkräften konzipiert werden. Gerade durch solche Hilfen können Hausärzte und Pflegepersonen in Spitex und Heimen ihre Aufga-

be viel besser wahrnehmen. Es geht nicht darum, die Grundversorger zu ersetzen, sondern sie zu unterstützen. Die Hauptaufgabe des Dienstes soll in der *vermittelten* Arbeit liegen: Beratung, Koordination, Fort- und Weiterbildung und allgemein fachliche Entwicklungsaufgaben sind gefragt. Das könnten einzelne psychiatrische Praxen nur punktuell leisten. Zudem sind nach unserer Umfrage nur wenige psychiatrische Kollegen interessiert und in breiterer Masse alterspsychiatrisch tätig. Für die Gesamtheit einer qualifizierten alterspsychiatrischen Versorgung braucht es die Vorarbeit einer spezialisierten Institution. Es ist aber möglich und sehr erwünscht, für bestimmte Aufgaben – zum Beispiel die Betreuung eines Heimteams – einzelne private Psychiater einzubinden. Unsere Hoffnung und Erwartung ist, dass ein spezialisierter Dienst die alterspsychiatrische Tätigkeit auch im Rahmen einer psychiatrischen Praxis attraktiver machen und keinesfalls konkurrenzieren wird.

In der ganzen Planung war uns bewusst, dass die Hausärzte eine zentrale Position in der alterspsychiatrischen Behandlung einnehmen und die Lösung des Problems nur in der Kooperation liegen kann. Am Beispiel der Liaisondienste für die Alters- und Pflegeheime kann gezeigt werden, wie es gemeint ist: Im Kern sollen solche Angebote in regelmässigen Treffen mit dem Pflegeteam zu Fallbesprechungen bestehen, in Absprache oder mit direkter Beteiligung des Hausarztes. Damit kann erfahrungsgemäss die Tragfähigkeit der Pflegeteams entscheidend verbessert werden. Zurzeit läuft ein Pilotprojekt im Alters- und Pflegeheim von Birsfelden. Ein Heimarzt ist Mitglied der Steuergruppe. Die ersten Schritte sind ermutigend.

¹ Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft. Verlag des Kantons Basel-Landschaft 2003. Auch zu beziehen bei: theodor.cahn@kpd.ch

Der kontrollierte Griff zum Glas

Maria Bötschi, Geschäftsführerin, Beratungs- und Präventionsstelle Alkohol und Sucht, Blaues Kreuz Basel-Stadt, Markus Zimmermann, Stellenleiter, Basellandschaftliche Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA), Liestal, Dr. med. Markus Wiss, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater der BfA, Basel, Dr. med. Anton Wanner, Innere Medizin FMH, Basel

Neues verhaltenstherapeutisches Gruppenangebot der regionalen Alkoholberatungsstellen

Bei Männern in der Altersgruppe zwischen 30 und 44 Jahren sind alkoholbedingte Störungen (F10 nach ICD-10) die am häufigsten gestellte Haupt- oder Nebendiagnose; etwa jeder zehnte Patient dieser Gruppe ist davon betroffen. Auch bei Frauen sind Störungen durch Alkohol auf den vorderen Plätzen der Häufigkeitsrangliste, wenn auch nicht ganz so ausgeprägt wie bei Männern. Dies schreibt unter anderem die SFA (Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme) in der Ausgabe 2003 der «Zahlen und Fakten». Abstinenz ist der bekannte und bewährte Weg, um von der Alkoholabhängigkeit wegzukommen; ein anderer kann das kontrollierte Trinken sein.

Professionelle Hilfsangebote werden meist zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen

Menschen mit einem Alkoholproblem wenden sich wegen (falschen) Schuld- und Schamgefühlen in den meisten Fällen erst dann an die Hausärztin/den Hausarzt oder an eine Fachstelle, wenn bereits schwerwiegende körperliche und/oder psychosoziale Schäden (Partnerschaftsprobleme, Gewalt, Arbeitsplatzverlust, Verschuldung etc.) aufgetreten sind. Die Erfolgsaussichten einer Behandlung sind jedoch viel besser, wenn frühzeitig fachliche Hilfe in Anspruch genommen wird.

Die grosse Mehrzahl der Alkoholabhängigen und -gefährdeten findet keinen Zugang zu den Hilfsangeboten, die für sie notwendig wären. Nur 5 bis 10% der Alkoholabhängigen beanspruchen Beratung

bei einer Suchtfachstelle, und Missbraucher/innen sowie Risikotrinkende tauchen dort fast nie auf. Die Gründe dafür sind vielfältig; die Angst vor der Forderung nach sofortiger Dauerabstinenz und die Befürchtung, als Alkoholiker abgestempelt zu werden, gehören dazu und werden von den Betroffenen oft geltend gemacht.

Vermehrte Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Grundversorgern und Alkoholfachstellen begünstigt frühzeitige Hilfeleistung für Alkoholgefährdete

Das neue ambulante Gruppenprogramm, welches im folgenden vorgestellt wird, stützt sich auf die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten: sie weisen die Patienten zu, führen die somatische Abklärung durch, bestimmen die Behandlungsindikation mit und übernehmen eine allfällige medikamentöse Begleitbehandlung.

Neues Gruppenangebot in der Region

Das neue ambulante Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken (AkT) wurde von Prof. Dr. J. Körkel in Deutschland entwickelt und bereits seit einigen Jahren erfolgreich bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern angewendet (Informationen dazu im Internet unter www.kontrolliertes-trinken.de). Es soll Menschen unterstützen, die ihren Alkoholkonsum als problematisch einschätzen und daran etwas verändern möchten, wendet sich also gleichermaßen an Risikokonsumenten, Missbraucher/innen und Abhängige.

An zehn Gruppenabenden werden festgelegte Inhalte vermittelt

Dazu gehören:

- Grundinformationen über Alkohol (u.a. Äthanolgehalt der gebräuchlichen Alkoholika, Definition eines Standarddrinks, Bestimmung der Blutalkoholkonzentration)
- Handhabung des Trinktagebuches (welches über die ganze Zeit des Programms zu führen ist)
- Folgen des Alkoholkonsums, Risikosituationen für übermässigen Alkoholgebrauch

- Festlegen des Trinkziels, jeweils für eine Woche
- Strategien zur Konsumbegrenzung
- Entwickeln von Alternativen zum Alkoholkonsum (Bewältigung von Belastungen, Freizeitgestaltung)
- Umgang mit «Ausrutschern» und Rückfällen

Wahl zwischen Abstinenz und kontrolliertem Trinken

Im Gegensatz zu herkömmlichen Abstinenzprogrammen können sich die Teilnehmenden in zieloffener Weise für kontrolliertes Trinken oder Abstinenz entscheiden und ihre Zielwahl im Laufe des Programms auch ändern. Diese Wahlmöglichkeit ist für viele Konsumentinnen und Konsumenten Voraussetzung, um überhaupt ein Hilfsangebot in Anspruch zu nehmen. Oft erweist sich dies als erster wichtiger Schritt, um eine Veränderung des Alkoholkonsums zu erreichen.

Wer kontrolliert trinkt, plant seine Trinkmengen

Trotz erheblicher Anstrengungen gelingt es vielen Menschen nicht mehr, ihren Alkoholkonsum «einfach so» zu reduzieren. Das Wissen um die schädlichen Folgen reicht für sie nicht aus, sie brauchen konkrete Anleitungen und Unterstützung. Für diesen Personenkreis wurde das AkT nach wissenschaftlich fundierten Gesichtspunkten entwickelt und evaluiert.

Vor der Aufnahme ins Programm erfolgt eine Abklärung mit Vorgesprächen und somatischer Untersuchung

Alle Personen, die ins AkT-Programm aufgenommen werden möchten, werden vorgängig durch die Hausärztin/den Hausarzt körperlich untersucht (klinische Untersuchung und Bestimmung von Laborwerten). Dies ist wichtig, um vorhandene Kontraindikationen (z.B. bereits bestehende Abstinenz oder Abstinenzziel, schwere körperliche Entzugerscheinungen, Schwangerschaft, alkoholsensible körperliche Vorschädigungen, alkoholsensible Medikation) zu erkennen. In den Vorgesprächen werden verschiedene psychologische und suchtspe-

zifische Kriterien überprüft; gegebenenfalls wird, in Absprache mit der Hausärztin/dem Hausarzt, Abstinenz statt kontrolliertes Trinken als Ziel erster Wahl in Betracht gezogen.

Die am Programm teilnehmenden Personen verbleiben weiter in hausärztlicher Betreuung. Dabei ist der gegenseitige Kontakt mit der Beratungsstelle wichtig, um bei allfälligen Komplikationen rasch und angemessen reagieren zu können (z.B. vorübergehende medikamentöse Therapie bei Auftreten von Entzugssymptomen).

Austausch in einer Gruppe ist hilfreich

Wer sich für das ambulante Gruppenprogramm anmeldet, entscheidet sich für eine zeitlich absehbare, aber intensive Überprüfung seines Trinkverhaltens. Es ist für Leute gedacht, welche eine persönliche Standortbestimmung für ihren Alkoholkonsum wünschen und eine erste Auseinandersetzung mit ihrem Trinkverhalten anstreben. Bedingung ist die Bereitschaft und der Wille, an sich ehrlich und diszipliniert zu arbeiten. Ausserdem ist Verschwiegenheit aller Teilnehmenden ein unbedingtes Muss.

Das Thema kontrolliertes Trinken bewegt die Gemüter der Betroffenen und Angehörigen, aber auch der Fachleute

Es ist klar: für viele Menschen mit Alkoholproblemen ist das kontrollierte Trinken kein gangbarer Weg. Für einige aber erweist es sich als sehr hilfreiches Angebot.

Fachstellen müssen vielfältige Angebote für unterschiedliche Zielgruppen anbieten, wenn sie möglichst viele Betroffene erreichen wollen. Denn immer noch nimmt der Alkohol in unserer Kultur einen hohen Stellenwert ein, die damit verbundenen Probleme werden aber gern verschwiegen.

Die 10 Gruppensitzungen des Akt-Programms stellen eine kostengünstige Kurzintervention dar, welche die bestehenden abstinenzorientierten Angebote der Beratungsstellen sinnvoll ergänzt.

Bisherige Evaluation erscheint vielversprechend

Von fünf bisher durchgeführten Kursen haben wir Daten erhoben und ausgewertet. Diese ersten Befunde weisen das Akt-Programm in verschiedener Hinsicht als attraktives und erfolgversprechendes

Programm aus:

- Die Mehrzahl der Teilnehmenden nahm erstmals suchtspezifische Hilfe in Anspruch.
- Die Abbruchrate war gering.
- Die Betroffenen konnten ihren Alkoholkonsum signifikant reduzieren.
- Einige Teilnehmende entschlossen sich für Abstinenz oder für Aufnahme einer abstinenzorientierten stationären Therapie.
- Fast alle Kursteilnehmer besuchen eine weiterführende gecoachte Selbsthilfegruppe.

Auskunft über Kursdaten:

Baselland
BfA-Beratungsstellen
Liestal: 061 901 85 85
Münchenstein: 061 411 04 55
Laufen: 061 761 61 64

Basel-Stadt
Blaues Kreuz Basel-Stadt: 061 261 56 13

Notfalldienst

Bericht über das Notfalltraining der MedGes Basel

*Dr. med. Th. Moppert,
Innere Medizin FMH, Basel*

Unvermittelt befindet man sich in einer Reanimationssituation: im Theater, an einem Fussballmatch, an einem 75. Geburtstag oder in der eigenen Praxis ... Wie stelle ich ohne weitere Hilfsmittel die Diagnose? Wie informiere ich kurz, aber umfassend zu Hilfe eilende Personen und spanne sie in die Hilfeleistung ein? Beherrsche ich die korrekte kardiopulmonale Reanimation?

Die Medizinische Gesellschaft bietet unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Stephan Marsch, dem Leiter der Med. Intensivstation des Kantonsspitals Basel, ein Notfalltraining für Ärztinnen und Ärzte an. Mehrere, verschiedenartige realistische Notfallsituationen werden an einer lebensnahen Puppe simuliert, und die praktischen Massnahmen werden eingeübt. Der Erfolg ist unmittelbar sichtbar. Die gesamte Situation wird auf Videoband aufgenommen und anschliessend unter der motivierenden Moderation von Prof. Marsch und den anderen Teilneh-

mern ausgewertet. Die neuartige Generation von Defibrillatoren, welche teilweise an öffentlich zugänglichen Plätzen vorhanden sind, werden erklärt.

Dieser nachmittagfüllende, äusserst anregende und sehr intensive Kurs kann nur empfohlen werden, er ist für Ärztinnen und Ärzte, welche im allgemeinen Notfalldienst tätig sind, kostenlos, für andere Ärzte kostet er Fr. 600.-, ist jedoch sein Geld absolut wert. Gedankt sei an dieser Stelle auch der sympathischen, diskret auftretenden Sponsorfirma Mepha!

Leserbrief

Replik Synapse, Ausgabe 1. Februar 2004

**«Gutgemeinter Konsumentenschutz oder einseitige Kampagne gegen das Impfen?»
Wo bleibt die Dialogbereitschaft?**

*Simonetta Sommaruga,
Präsidentin Stiftung
für Konsumentenschutz*

Eltern sehen sich, kaum ist ihr Kind auf der Welt, mit der Frage des Impfens konfrontiert. Soll man gemäss dem offiziellen Impfplan des Bundesamtes für Gesundheit vorgehen? Dies ist die einfachste für die Eltern, aber auch für ihre Ärztin, ihren Arzt. Schwieriger und aufwendiger wird es dann, wenn Eltern mitbestimmen und Verantwortung übernehmen wollen in dieser wichtigen Frage. In der Regel suchen sie einen Weg zwischen dem empfohlenen Impfprogramm des BAG und der radikalen Ableh-

nung jeglicher Impfungen. Hier hakt der Ratgeber der Stiftung für Konsumentenschutz ein: Er stellt die Grundlagen für ein sorgfältiges Abwägen für oder auch gegen eine Impfung und für die Wahl des persönlich abgestimmten Zeitpunktes zur Verfügung.

Wer sich nicht nur auf einen polemischen «Weltwoche»-Artikel stützt und die Broschüre liest, merkt, dass es darum geht, differenzierte Informationen für oder gegen eine Impfscheid zur Verfügung zu stellen. Die Broschüre ersetzt aber keinesfalls das Gespräch mit der Ärztin, dem Arzt!

Sehr viele Eltern sind froh um diese Broschüre, das zeigt die grosse Nachfrage,

welche seit mehr als drei Jahren ungebrochen ist. Erstaunt sind wir über die negative Reaktion gerade von Kinderärzten. Sie ärgern sich über die Zeit, die sie wegen der Broschüre für Beratungsgespräche über Impffragen aufwenden müssen. In dieser wichtigen Frage scheint es uns jedoch zentral, zu einer Entscheidung zu kommen, den die Eltern mit Überzeugung mittragen können. Erstaunt sind wir auch darüber, dass diese Kinderärzte – wie auch der Verfasser des Synapse-Artikels – nicht Kontakt mit uns aufnehmen. Das erweckt den Eindruck, dass sie nicht dialogbereit sind. Schade!

Universität

SWIM-HF: Eine interdisziplinäre Studie strebt bessere Gesundheitsergebnisse bei Herzinsuffizienz an

*Dr. med L. Linpaintner, Dr. med.
R. Mahrer, dipl. Geogr. A.T. Bernasconi,
Prof. Dr. Sabina De Geest, Basel*

Das Leben mit Herzinsuffizienz ist für Patienten eine Herausforderung und, wie praktizierende Ärztinnen und Ärzte wissen, auch für viele eine grosse Belastung. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und die Tatsache, dass immer mehr Patienten Herzinfarkte und andere kardiale Erkrankungen überleben, führen zu einem rasanten Anstieg der Herzinsuffizienz. Dies stellt auch das Gesundheitswesen vor eine schwierig zu lösende Aufgabe, da diese Patientengruppe, trotz

verbesserter medikamentöser Behandlung, noch immer eine hohe Rehospitalisierungsrate aufweist.

Die SWIM-HF-Studie (Akronym für Swiss Interdisciplinary Management Program for Chronic Heart Failure) setzt sich engagiert für die Verbesserung der Behandlung dieser fragilen Patienten-Population ein. Die Studie wird in Zusammenarbeit des Instituts für Pflegewissenschaft mit der Universität Basel, der Abteilungen Kardiologie und klinische Pflegewissenschaft des Kantonsspitals/Universitätsklinikens Basel sowie dem Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) in Lausanne durchgeführt.

Der Kern der SWIM-HF-Studie ist es, neben einer optimalen medikamentösen Einstellung, eine systematische Pflegeintervention zu testen. Letztere zielt darauf ab, durch die individuelle Schulung der Patienten deren Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit ihrer Krankheit zu verbessern, sowie die Kommunikation zwischen Patient und Hausarzt bzw. den weiteren Betreuungspersonen zu optimieren. Durchgeführt wird die Intervention von einer erfahrenen Pflegefachfrau, die auf die Betreuung von Herzinsuffizienz-Patienten spezialisiert ist, wobei die enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten eine zentrale Rolle spielt.

In Basel ist Frau Marcia Leventhal, eine Pflegefachfrau mit einem Master in Pflegewissenschaft, für die Intervention zuständig. In einem einmaligen Hausbesuch kurz nach Spitalentlassung werden die Studienteilnehmenden von Frau Leventhal gezielt geschult und beraten, wie sie die Medikamente einnehmen können, um die Therapietreue zu gewährleisten, wie sie die Salz- und Flüssigkeitsreduktion in ihr Leben integrieren und wie sie Symptome der Überwässerung oder der Exsikkose früh erkennen können und so ein verbessertes Symptommanagement beibehalten. Die Patienten werden dazu angehalten, sich bei einer Verschlechterung ihres Zustandes an den Hausarzt zu wenden. Nach dem Hausbesuch begleitet Frau Leventhal die Interventionspatienten während eines Jahres mittels regelmässiger, in der Frequenz abnehmender, telephonischer Kontakte. Ähnliche Pflegeinterventionen haben in Schweden und angelsächsischen Ländern zu Verbesserungen der Gesundheitsergebnisse geführt. Erzielt wurden unter anderem eine Reduktion der Spitaltage, eine verringerte Symptombelastung für die Patienten und eine Verbesserung der Lebensqualität. Die Hausärzte der Region Basel wurden bereits im Januar 2003 von der Studienleiterin Professor De Geest, Vorsteherin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel, sowie Professor Pfisterer, Professor Buser und PD Dr. med. Brunner, Kardiologie, ein erstes Mal über die SWIM-HF-Studie informiert.

Die Hauptstudie von SWIM-HF hat im Januar 2004 in Basel, nach erfolgreichem Abschluss und Evaluation der Pilotstudie, begonnen. Zu einem späteren Zeitpunkt wird die Studie auch in Lausanne gestartet.

Eingeschlossen in die Studie werden Patienten, welche auf Grund einer Entgleisung der Herzinsuffizienz, ohne einen akuten Myokardinfarkt durchgemacht zu haben, ins Kantonsspital Basel aufgenommen werden. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie werden dann vom Studienkardiologen untersucht und auf die state-of-the-art der Herzinsuffizienz-Therapie eingestellt. Der Studienkardiologe füllt für jeden Patienten ein eigens für die SWIM-HF-Studie entwickeltes Formular mit einem Medikamenten-Titrierschema aus. Es ist vorgesehen, dass der Hausarzt eine Kopie davon zusammen mit dem Austrittsbericht erhält. Die weiteren Empfehlungen des Studienkardiologen erhält der Hausarzt im Austrittsbericht integriert. Nach Austritt werden alle Patientinnen und Patienten weiter von ihrem Hausarzt betreut. Kardiologische Konsilien werden nur dann durchgeführt, wenn der Hausarzt diese anordnet.

Die Randomisierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie zur Kontrollgruppe oder zur Interventionsgruppe erfolgt nach deren Entlassung nach Hause. Der Hausarzt wird brieflich über die Randomisierung sowie den Studienplan ihres Patienten informiert. Die Patienten der Interventionsgruppe werden dann von Frau Leventhal kontaktiert, um

den Termin für den Hausbesuch zu vereinbaren. Die Patienten der Kontrollgruppe erhalten keine zusätzliche pflegerische Betreuung.

Von allen an der Studie Teilnehmenden werden zusätzlich insgesamt vier Mal im Abstand von drei Monaten durch eine *verblindete* Forschungsassistentin via Telefoninterview weitere Daten erfasst. Erhoben werden neben Angaben zu Therapietreue und über das Symptommanagement auch Daten über die Mortalität und die Wiedereintritte ins Krankenhaus.

Nach dem Hausbesuch kontaktiert Frau Leventhal den zuständigen Hausarzt, um mit ihm die Intervention zu besprechen. Im weiteren Verlauf wird der Hausarzt von ihr nur bei dringendem Bedarf kontaktiert. «Ich lehre den Patienten, wie sie eine Verschlechterung ihrer Symptome schneller und besser einschätzen können, und fordere sie auf, selber den Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufzunehmen, wenn sie eine Verschlechterung der Symptome bemerken», berichtet Frau Leventhal. Sie zeigt sich begeistert über die ersten Erfahrungen mit der interdisziplinären Zusammenarbeit. «Die Hausärzte haben die Intervention positiv aufgenommen und betrachten meine Rolle als hilfreiche Ergänzung zur hausärztlichen Betreuung. Dies freut mich sehr, denn genau darum geht es ja. Ich hoffe, dass wir dadurch vermeidbare Wiedereintritte ins Spital vermindern und die Versorgung dieser vulnerablen Gruppe verbessern. Schon heute bin ich gespannt auf die Resultate der SWIM-HF-Studie.»

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Synapse-Redaktion interessiert sich dafür, wie die derzeit erhältlichen Tarmed-Programme sich bisher in der Praxis bewährt haben. Erwünscht sind möglichst viele kurze Erfahrungsberichte zu möglichst vielen verschiedenen Programmen.

Von Interesse sind Angaben zu folgenden Kriterien:

- Firma/Autor
- Name
- Manual
- Installationsgeschwindigkeit, Support beim Start
- Benutzeroberfläche, Bedienungsfreundlichkeit
- Relevanz der angebotenen Funktionen
- Individuelle Anpassungsmöglichkeiten
- Medikamente verrechenbar oder nicht
- Rechnungsausdruck, BESR-Zeileneinstellung
- Seriendruck möglich
- BESR-Datei einlesen
- TPW-Verwaltung
- Übersichten, Statistik
- Support
- Reaktionszeit des Supports/Hotline
- Hilfe bei der Anwendung des TARMED
- Zeit/Rechnung (Wieviel Zeit brauche ich pro 20 oder 100 Rechnungen?)
- Preis

Wer seinen Bericht im Telegrammstil (pro Kriterium ± 70 Anschläge) in der Synapse [X].2004 publizieren möchte, ist freundlich gebeten, mit Dr. Benjamin Pia via E-Mail Kontakt aufzunehmen: bpia@freesurf.ch.

SYMPOSIUM 20 JAHRE HAUSARZTMEDIZIN 10 JAHRE FIHAM

(Forum für Interdisziplinäre Hausarztmedizin)

MEDIZINISCHE FAKULTÄT BASEL



Der Hausarzt in – Lehre
– Forschung
– Gesundheitspolitik

**Donnerstag, den 26. August 2004
9.30–18.00 Uhr
Zentrum für Lehre und Forschung
Kantonsspital Basel**

Ins Symposium wird der **Alumni-Tag 2004** der Medizinischen Fakultät Basel integriert.

WILLKOMMEN

Willkommen in Basel, liebe Kolleginnen und Kollegen, zum Jubiläumsanlass **20 Jahre Hausarztmedizin** an der Medizinischen Fakultät Basel.

Es ist uns eine grosse Freude, Sie zu unserem Symposium «Der Hausarzt in der Lehre – Forschung – Gesundheitspolitik» einzuladen.

20 Jahre Hausarztmedizin und 10 Jahre FIHAM (Forum für Interdisziplinäre Hausarztmedizin) an der Medizinischen Fakultät Basel bedeuten nicht nur eine Vernetzung von über 250 praktizierenden Ärztinnen und Ärzten aus der ganzen Region mit der Universität durch ihren ganz persönlichen Beitrag in Lehre und Forschung und Vermittlung von wesentlichen und unverzichtbaren Elementen

aus der täglich gelebten Praxis an die Studierenden, sondern auch Chance und Herausforderung zur Forschungstätigkeit mit dem Ziel einer laufenden Verbesserung der im Alltag praktizierten Medizin und Möglichkeit zur Implementierung der so wichtigen Weiterbildung im Hinblick auf die Erhaltung der Qualität der medizinischen Grundversorgung in unserem Land.

Das Symposium bietet die einmalige Gelegenheit, über die Entwicklung und Bedeutung der Lehre und Forschung in Hausarztmedizin zu orientieren, die aktuellsten Informationen über die Hausarztmedizin zu vermitteln und den Stellenwert und die Zukunft des Hausarztes im 21. Jahrhundert mit Ihnen zu diskutieren.

Speziell eingeladen sind alle Alumni-Mitglieder, die unsere Fakultät ideell und tatkräftig unterstützen.

Wir freuen uns, auch Sie an unserem Symposium begrüßen zu dürfen.

Dr. Peter Tschudi
Dr. Ruedi Isler
Dr. Klaus Bally
Dr. Ursina Halter

Programm

20 Jahre Hausarztmedizin an der Medizinischen Fakultät Basel

Der Hausarzt in der Forschung

Zwei Forschungsprojekte des FIHAM

Dr. Ursina Halter, Dr. Peter Tschudi,
FIHAM Basel

Ein Forschungsprojekt der Medizinischen Poliklinik

Medizinische Universitätspoliklinik Basel

Practising research in general practice

Prof. Geert-Jan Dinant, Maastricht,
Netherlands

Roundtable:

Forschung in der Hausarztmedizin:
Beeinflusst sie die tägliche Arbeit mit
den Patienten?

Der Hausarzt in der Lehre

Das Einzeltutoriat

Dr. Ruedi Isler, FIHAM Basel

Was beinhaltet das neue Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe für die Hausarztmedizin?

Prof. Thomas Zeltner, BAG, Schweiz

Warum benötigt die Medizinische Fakultät die Hausarztmedizin für die internationale Akkreditierung?

Prof. Jan De Maeseneer, Gent, Belgien

Roundtable:

Lehre in der Hausarztmedizin:
Unverzichtbares Element eines medizinischen Curriculums?

Der Hausarzt in der Gesundheitspolitik

Hausarztmedizin an der Universität – Garant für das Überleben des Berufs Hausarzt?

Dr. Klaus Bally, FIHAM Basel

Anfrage an Frau alt Bundesrätin Ruth Dreifuss

Braucht es den Hausarzt noch?

Dr. Ueli Grüniger, KHM, Schweiz

Roundtable:

Gesundheitspolitische Tendenzwende:
Der Hausarzt – ein aussterbender Beruf oder das Fundament unseres Gesundheitswesens?



Aus dem Vorstand BS

Notfalldienst-Kommission

Der Vorstand diskutiert über die Aufgaben, die von der Notfalldienstkommission künftig übernommen werden sollen. In einem Gespräch zwischen R. Keller, F. Eymann und J. Langloh sind solche Ziele formuliert worden. Eine der Aufgaben könnte sein, dass die Kommission Empfehlungen entwerfen soll, in welchen dargelegt wird, was für Qualifikationen ein notfalldiensthabender Arzt haben muss und was ein Notfallkoffer enthalten muss. Mitglieder, die an der Mitwirkung in der Notfalldienst-Kommission interessiert sind, werden gebeten, sich mit Dr. R. Keller (dr.rkeller@bluewin.ch) in Verbindung zu setzen.

Zusammenarbeit mit Notfallstation KSB

Ein Gespräch zwischen Prof. N. Gyr und Dr. F. Eymann hat ergeben, dass eine Zusammenarbeit zwischen der MedGes und der Notfallstation höchstens zwischen 19 und 23 Uhr Sinn macht, nach 23 Uhr sind die Notfälle beim KSB zu gering, um dafür extra einen notfalldiensthabenden Arzt anzubieten.

Fortbildung

Die Fortbildungskommission der MedGes wird am 6.5.2004 erstmals einen ganzen Fortbildungsnachmittag zum Thema «unaussprechlich-unausgesprochen: wie spreche ich mit meinem Patienten» mit Vergabe von Credit Points organisieren. Im Anschluss an die Fortbildung wird ein Apéro riche im Holsteinerhof serviert. Damit die Anzahl Personen ungefähr abgeschätzt werden kann, bitten wir um Anmeldung beim MedGes-Sekretariat.

TARMED: Diagnose-Code

Auf Initiative von Dr. B. Schaub, niedergelassener Arzt in Binningen, hat eine Medienkonferenz stattgefunden, an welcher verschiedene Persönlichkeiten aus Politik, Versichertenverbänden und Ärzteschaft teilgenommen haben. Die Veran-

stalter stellen die Forderungen, dass der Bundesrat die Pflicht zur Diagnose-Transparenz zurücknehmen soll. Neu sollen zwar für Statistikzwecke und zur Kontrolle der Effizienz der Ärzte detaillierte Diagnosen abgeliefert werden; der Name des Patienten soll aber getrennt erfasst werden. F. Eymann und A. Haefeli (G7) haben als Vertreter der Ärzteschaft an dieser Medienkonferenz teilgenommen.

Mitgliederversammlung

An der Mitgliederversammlung wurde von Dr. U. Stoffel (G7) über die Kostenneutralitätsphase berichtet. Die erste Prüfung des Starttaxpunktwertes wird im Mai stattfinden, ab diesem Zeitpunkt kann der Taxpunktwert jeden Monat ändern. Die Mitglieder werden aufgefordert, dem Sekretariat ihre Mailadresse oder Faxnummer anzugeben, damit die Information reibungslos und effizient stattfinden kann.

An der Mitgliederversammlung wurde Dr. Markus Redlich in den Vorstand gewählt. Er wird weiterhin den Bereich Fortbildung betreuen. Auch wurde die Finanzprüfungskommission für ein weiteres Jahr bestätigt. Auch die Ärztekammerdelegierten, Delegierten in den Schweizerischen Ehrenrat sowie die Revisionsstelle wurden neu gewählt bzw. bestätigt. Des weiteren wurden Rechnung 03 und Budget 04 genehmigt. Ein Kurzprotokoll der Mitgliederversammlung ist auf www.medges.ch einsehbar.

Syndata

Im Trust-Center Syndata haben sich mittlerweile 227 Ärzte aus Basel-Stadt (rund 1/3 der praktizierenden Mitglieder) und 236 Ärzte aus Baselland angemeldet. Es wird im Moment ein Geschäftsführer/eine Geschäftsführerin gesucht (80–100%), es haben sich mehrere valable Personen gemeldet.

Aus bekannten Gründen (vgl. Kostenneutralität) empfehlen wir Ihnen die Teilnahme bei Syndata. Nähere Informationen dazu erhalten Sie unter www.syndata.ch oder in der Zeitschrift «syndata ticker».

Kommission Kostenneutralität und Zeitplan

Dr. Thomas Mall hat sich bereit erklärt, in der Kommission Kostenneutralität (KN-Kommission) mitzuwirken. Er wird vom Vorstand in diese Kommission gewählt. Der Einsitz weiterer Mitglieder in diese Kommission ist möglich, es soll die Fachgruppe der Pädiater angefragt werden. Folgender Zeitplan wird ab **Mai 2004** für uns von Bedeutung sein:

Am **2. Donnerstag des Monats** wird bis 24 Uhr per E-Mail ein Statusbericht an die MedGes-KN-Kommission versandt. Er besteht aus der Auswertung des KN-Tools sowie einer allfälligen Aufforderung zur Stellungnahme. Damit beginnt für die MedGes-KN-Kommission die vertraglich festgehaltene Anhörungsfrist von 3 Tagen.

Zwischen dem **2. Freitag und dem 3. Dienstag im Monat** ist die KN-Kommission gebeten, ihre allfälligen Bemerkungen zu den Daten des KN-Tools per E-Mail an das KN-Büro einzureichen. Nach diesem Zeitpunkt gilt die Anhörungsfrist als verwirkt. Das KN-Büro tagt am **3. Donnerstag** im Monat. Sollte die MedGes (bei überschüssenden Kosten) traktandiert und behandelt werden, erhält sie bis 24 Uhr den Entscheid des KN-Büros inkl. Begründung zugestellt. Danach müssen die MedGes-Mitglieder so rasch als möglich informiert werden.

Es ist also wichtig, dass Sie dem MedGes-Sekretariat Ihre E-Mail-Adresse oder Faxnummer angeben, damit Sie über Neuigkeiten so rasch als möglich informiert werden können. Um von oberwähnten Vorgängen nicht überrascht zu werden, benötigen wir die **Daten von Syndata**. Diese werden von Experten der New-Index regelmässig ausgewertet und überwacht. Das Ziel ist, Verletzungen der Kostenneutralität oder ausscherende Tarifpositionen oder ausscherende Anwendung von Tarifpositionen frühzeitig zu erkennen, Gegenmassnahmen einzuleiten und Anträge zur Senkung des Taxpunktwertes abzuwehren.

Aus dem Vorstand BL

Frühjahrs-Generalversammlung neu am 3.6.2004!

Wegen der KLIFO vom 10. und 11.6.2004 wird unsere Generalversammlung auf den Donnerstag, **3.6.2004, 14.15 Uhr (!)** vorverschoben.

Tarmed

Die Einführung des Tarmed-Tarifs hat zu einigen ärgerlichen Problemen in der Umsetzung geführt, die auf unterschiedliche Interpretation der Tarifierung zwischen Ärzten und Kassen zurückzuführen sind. Die Mitteilungen im Mitgliederbrief vom März gelten bei Redaktionsschluss immer noch.

Selbstdispensationsverbot: Staatlicher Schutz für Apotheken?

Obwohl weder juristisch, politisch noch wirtschaftlich ein Anlass dazu besteht, hat die Regierung sich unbegreiflicherweise vor den Karren der Apothekerlobby spannen lassen und beschlossen, die

Frage der Selbstdispensation auf dem politischen Weg zu lösen, indem sie ein SD-Verbotsgesetz in die Vernehmlassung schickt. Der Kampf wird seitens der Apothekerschaft vehement und in aller Härte geführt, wenn auch mit wenig stichhaltigen und durchschaubaren Argumenten. Der Vorstand wird alles daran setzen, dass die Wahlfreiheit des Patienten im Medikamentenbezug nicht eingeschränkt und dieser beliebte, kostengünstige und patientenfreundliche Versorgungsweg beibehalten wird. Entsprechende Massnahmen sind im Gange. Medikamente sind beim Arzt billiger, weil die Apothekertaxe wegfällt. Kantone mit SD weisen geringere Medikamentenkosten aus. Das wirkt sich auf die Prämien aus. Von einer Ärzteschwemme ist keine Rede, im Gegenteil. Längst nicht alle Gesuche, die vor dem Zulassungsstopp eingereicht und bewilligt worden sind, haben auch zu Praxiseröffnungen geführt. Alle Zeichen weisen auf einen drohenden Ärztemangel hin. Die Grundversorgung mit dieser realitätsfremden Massnahme noch weiter schwächen zu

wollen – bei einem zunehmend grösseren Anteil älterer Patienten besonders in stadtnahen Gemeinden – ist völliger Unsinn.

Ärztliche Internet-Beratung in Apotheken: Hände weg!

Neulich war zu erfahren, dass gewisse Apotheken ihren Kunden ärztliche Beratung durchs Internet mittels einer Video-Verbindung zu einem Arzt anbieten. Dieser soll nach Tarmed-Tarif (Telefonkonsultation) entschädigt werden. Abgesehen von der medizinischen Fragwürdigkeit dieser Aktion machen wir darauf aufmerksam, dass bei einer allfälligen Beteiligung eines Arztes an dieser Aktion Probleme auftauchen könnten. Beispielsweise sind Fragen der Haftpflicht, der Aufzeichnungspflicht und der Bewilligung für solche ärztliche Tätigkeit überhaupt nicht geregelt. Es könnten sich zudem Fragen im Zusammenhang mit dem Zulassungsstopp ergeben. Also Hände weg! Es handelt sich hauptsächlich um eine Umsatzförderungs-Massnahme der Apothekerschaft, nicht zuletzt im Kampf gegen die Selbstdispensation. Bisher sind gemäss einem Artikel der «Neuen Zürcher Zeitung» 45 Apotheken in der Schweiz an der Aktion beteiligt.

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:
21.5.2004



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

