



Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

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

<http://www.medges.ch>

Leitartikel

Gründung des ersten Universitätsinstitutes für Hausarztmedizin in der Schweiz

Dr. med. Peter Tschudi, Basel

Am 14. März 2005 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das erste Institut für Hausarztmedizin in der Schweiz gegründet. Geleitet wird dieses Institut von zwei praktizierenden Ärzten, Dr. med. Peter Tschudi und PD Dr. med. Benedict Martina, die zu je 50% in

der Institutsleitung und in ihren Praxen tätig sein werden. Die Lehrtätigkeit wird weiterhin mitorganisiert von den Hausärzten Dres. med. Klaus Bally, Ruedi Isler und Ursina Halter. Der neu aufzubauende Forschungsbereich wird verstärkt

→ Fortsetzung Seite 3

Aus dem Inhalt

- Dr. med. Peter Tschudi und PD Dr. med. Benedict Martina 3
- Wenn Ärzte und Versicherung am gleichen Strick ziehen 6
- Realize it, oder wenn es Zeit wird, etwas zu ändern ... 8
- Entwicklung der Methadonverschreibung für Baselbieter Patienten 10
- Beziehung, Glaube, Vertrauen – Soft-Ice? 12
- Ein taugliches Hilfsmittel? 13
- Unbestechlicher Beobachter 14
- Consano-Symposium in Olten am 10. März 2005 15
- Zur Tagung «Suchtbehandlung in der Praxis» 16
- Mutterschaftsentschädigung 17
- Aus dem Vorstand 18

Editorial

Wen behandeln: Gesunde oder Kranke?

Prof. Dr. med. R. Krapf, Chefarzt Med. Univ.-Klinik, Kantonsspital Bruderholz

Die letzten Jahre haben eine dramatische Veränderung des Informationsverhaltens gebracht. Es ist nicht mehr der Arzt, welcher von sich aus nach Informationen sucht. Vielmehr wird er selber – meist unangefordert – mit Informationen eingedeckt. Der Wissenstransfer hat sich von der Suche nach Information zu einem sich aufdrängenden Liefern von Information («Push-Strategie») verändert. Den Ärzten wird suggeriert, dieses oder jenes Medikament zu verschreiben, Screeningteste für diese oder jene Krankheit zu veranlassen. Dies geschieht oft mit einem Unterton des leisen Vorwurfes, der den Arzt offensichtlich schleunigst zum Umdenken und neuen Handeln veranlassen soll. Längst ist aber nicht mehr nur der Arzt die Zielscheibe dieser Push-Strategie,

sondern der Patient selber. Die Ärzte werden dabei ganz offen als Hindernisse angesehen, die die schnelle Umsetzung von «Neuerungen» verlangsamen. Lästigerweise mögen sie mit den bisher etablierten Methoden gute Erfahrungen gemacht haben und in ihrem Berufsleben auch schon so manche, schnell wieder *ad patres* beförderte Medizinsensation miterlebt haben.

Die «Push-Strategie» ist noch weiter fortgeschritten und erfasst heute den gesunden Menschen oder – wenn wir es so ausdrücken wollen – den potentiellen Patienten. Die Leute werden gefragt, ob sie allenfalls nicht an diesem oder jenem Symptom leiden. Es wird ihnen gesagt, dass dies nicht nur vielleicht etwas lästig, nein, vielmehr krankhaft, abklärungs- und behandlungsbedürftig sei.

Diese «Push-Strategie» bis hin zu den bisher als gesund betrachteten Individuen hat eine Pathologisierung unseres normalen Alltagslebens gebracht. Dadurch ist der Begriff, was biologisch und altersgemäss normal ist, nachhaltig in Frage gestellt. Der Normalitätsbegriff des Gesunden ist so massiv ins Wanken geraten, dass es ab einem

gewissen Alter überhaupt keinen Gesunden mehr zu geben scheint! Diese Entwicklung ist in dem Sinne ungerecht, ja brutal, als dass sie gesunden Menschen einredet, sie seien nicht mehr normal. Sie ist somit eine Bedrohung für eine weise und zufriedene Lebensführung, mithin das Lebensglück allgemein. Sie trägt und wird ohne Zweifel beitragen zu einer weiteren Verunsicherung und Unzufriedenheit des einzelnen Menschen. Direkte Folgen sind verminderte Lebensqualität und höhere Gesundheitskosten.

Die Pathologisierung des Lebens ist allgegenwärtig. Wollen, können wir uns diesem Trend entgegenstemmen oder lieber auch an diesem Boom teilhaben? Sicher ist, dass wir in diesem Lande medizinisch nichts rationieren müssen, wenn wir die Gesunden gesund lassen und die Kranken gut behandeln würden. Eine eminent wichtige ethische Aufgabe für uns Ärzte, die – selbstverständlich – nicht profitfördernd ist, weder in der Praxis noch im Spital.

Gekürzte Fassung eines Editorials im Schweizerischen Medizin-Forum (Nr. 6, 9.2.2005).

Die Leiter des ersten Universitätsinstitutes für Hausarztmedizin in der Schweiz

Dr. med. K. Bally, Basel

Peter Tschudi und Benedict Martina – was sind das für Menschen? Peter Tschudi, Mitbegründer und langjährig praktizierender Hausarzt in der Hammer-Praxis, einem eigentlichen Aushängeschild des sozialen Kleinbasel, jahrzehntelang als hausärztlicher Lehrer tätig, Mitinitiant des Forums für Interdisziplinäre Hausarztmedizin (FIHAM) und unermüdlicher Kämpfer für die Implementierung einer umfassenden hausärztlichen Lehrtätigkeit ins Curriculum der Medizinischen Fakultät. Benedict Martina, Kliniker mit einer breitgefächerten internistischen und kardiologischen Erfahrung, der es sich immer wieder zur Aufgabe gemacht hat, Brücken zu bauen von der ambulan-

ten Medizin zu den Institutionen innerhalb der Klinik als langjähriger Leiter der Medizinischen Notfallstation, als Organisator von Fortbildungsveranstaltungen und als Forscher, dessen praxisbezogene klinische Forschung in über 100 Publikationen ihren Niederschlag gefunden hat. Beide Kollegen werden zu 50% praktizierend tätig sein, in ihrer Funktion werden sie bestrebt sein, ein fruchtbares Terrain für eine hausärztliche Lehr- und Forschungstätigkeit zu schaffen, dies zum

Wohl der Patienten, der Studierenden, der vielen in Ausbildung und Forschung mitarbeitenden Kolleginnen und letztlich zur Stärkung des Faches Hausarztmedizin.



Dr. med. Peter Tschudi



Dr. med. Benedict Martina

durch ein Forschungsteam (wissenschaftliche Ärzte, Study nurse, Statistikexperte) und nutzt die Zusammenarbeit mit zahlreichen Hausärzten, Spezialisten und Institutionen des Universitätsospitals.

Bis vor wenigen Jahrzehnten war Hausarztmedizin weltweit gleichbedeutend mit der Anwendung des an der Fakultät gelehrtens Wissens einzelner Spezialdisziplinen, der Hausarzt – in der Regel in einer Einzelpraxis tätig – war rund um die Uhr für seine Patienten verfügbar, eine hausärztliche Lehr- und Forschungstätigkeit an einer Universität war undenkbar. Nicht nur in Grossbritannien, in den Beneluxstaaten und in Skandinavien, Ländern, die seit längerer Zeit renommierte hausarztmedizinische Institute an den medizinischen Fakultäten kennen, sondern auch in der Schweiz wurde vor über 25 Jahren erkannt, dass ein Hausarzt nicht nur in allen medizinischen Spezialdisziplinen bewandert sein muss, sondern dass ihm in einem modernen Gesundheitsversorgungssystem eine absolut zentrale Rolle zukommt: als Familienarzt, der seine Patienten über viele

Jahre begleitet, der eine enorm wichtige sogenannte Triagefunktion innehat, indem er schwerwiegende von einfachen Krankheiten zu trennen weiss, der nicht nur Krankheiten behandelt, sondern auch prophylaktisch beratend tätig ist und der eine Koordinationsfunktion im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem übernimmt, dies unter Berücksichtigung ökonomischer und psychosozialer Faktoren.

Diese zentrale Rolle mit der ihr eigenen Mehrdimensionalität und integrierenden Funktion wurde in den letzten Jahren nicht nur von den politischen Behörden und den Kostenträgern im Gesundheitswesen erkannt, auch Verantwortungsträger der medizinischen Fakultäten in der Schweiz sahen die Bedeutung des Faches Hausarztmedizin für die universitäre Lehre und Forschung, was zum zunehmenden Einbezug von Hausärzten in die Lehr- und Forschungstätigkeit führte. Nachdem an der Medizinischen Fakultät Basel schon vor 20 Jahren eine erste **hausärztliche Lehrtätigkeit** in Form eines obligatorischen Gruppenunterrichtes in Hausarztpraxen aufgenommen worden

war, konnte vor 10 Jahren das FIHAM (Forum für Interdisziplinäre Hausarztmedizin) gegründet werden. Die Bedeutung des Faches Hausarztmedizin für ein modernes Curriculum war erkannt, Hausärzte wurden im Rahmen der seit vier Jahren abgeschlossenen Studienreform vollumfänglich in die Unterrichtsplanung und -gestaltung miteinbezogen. Gewisse hausärztliche Ausbildungselemente, wie das Einzel-tutoriat – im dritten und vierten Jahr verbringt jeder Studierende einen halbtage in der Praxis eines Hausarztes –, genossen als Basler Innovation nicht nur in unserem Land, sondern auch international einen ausgezeichneten Ruf.

Unsere Hauptziele des Lehrangebotes sind eine praxis- und patientennahe Ausbildung der Studierenden durch

- Einbezug des Patientengutes der Hausarztpraxen
- Einbezug ausgewählter Ärztinnen und Ärzte als Tutoren für die Studentenausbildung
- Mitarbeit an einem patienten- und problemorientierten Ausbildungskonzept.

Das FIHAM übernimmt zur Zeit für alle Lehrveranstaltungen der Hausarztmedizin die Verantwortung, das Festlegen der Lehr-/Lerninhalte, die Konzeptarbeit, Koordination und Evaluation sowie das Teachers' Teaching und den Kontakt zu den Fakultäten im In- und Ausland. Das in der Zwischenzeit sehr umfangreiche Lehrangebot in Hausarztmedizin verteilt sich auf den 1. bis 6. Jahreskurs.

Dieses grosse Lehrangebot kann nur wahrgenommen werden, weil sich so viele Hausärzte der ganzen Region Basel/Nordwestschweiz am Unterricht beteiligen und engagieren, vor allem im Einzelstudium.

Wir möchten alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte der ganzen Region einladen und motivieren, sich an der spannenden und abwechslungsreichen Aufgabe der Lehre zu beteiligen, vor allem im Einzelstudium mit der 1:1-Betreuung eines Studierenden in der eigenen Praxis. Vielen Dank!

Neben dieser etablierten Lehrtätigkeit konnte im Rahmen der bisherigen Strukturen nur eine ganz bescheidene **Forschungstätigkeit** betrieben werden. Forschung ist allerdings in jedem medizinischen Bereich von zentraler Bedeutung für die Sicherung des Auftrages. Sie eröffnet Perspektiven, hinterfragt Arbeits- und Denkweisen der täglichen Praxis, was es ermöglicht, effizienter lehren zu können. Ein moderner Wissenschaftsbereich, in dem die Lehre völlig von der Forschung abgespalten ist oder gar ohne begleitende Forschung betrieben wird, ist nicht imstande, den Studierenden ein Urteilsvermögen für das Erkennen notwendiger Veränderungen zu vermitteln. Im Bereich der Hausarztmedizin geht es hier vor allem um epidemiologische Forschung – hausärztliche Epidemiologie korreliert oftmals kaum mit derjenigen eines Universitätsspitals –, aber auch um Forschung im Bereich der Gesundheitsversorgung, der Qualitätssicherung und der Aus- und Weiterbildung. Dem Institut für Hausarztmedizin ist es ein Anliegen, eine Forschungstätigkeit aus der hausärztlichen Praxis heraus zu entwickeln und zu etablieren.

Was ist in wenigen Worten unsere Absicht?

– In einem zu gründenden Forschungsnetzwerk sollen Fragestellungen aus unserer Praxis heraus entwickelt und bearbeitet werden.

Forschungsprojekte des Instituts für Hausarztmedizin März 2005

Cholesterin-Praxis-Studie

Practice barriers to guidelines recommended cholesterol guidelines (Hindernisse in der Praxis bei der Umsetzung der Richtlinien zur Erkennung und Behandlung des Risikofaktors Cholesterin)

Autoren: K. Bally, U. Halter-Steiger, R. Isler, B. Martina, P. Tschudi.

Internationale Richtlinien zur Erkennung und Behandlung des wichtigen Risikofaktors Cholesterin für Herz-Kreislauf-Krankheiten werden in der medizinischen Praxis vermutlich nur schlecht befolgt, auch in der Schweiz. Dazu gibt es erste recht verlässliche Zahlen. Was fehlt, ist eine gründliche und unabhängige Ursachenanalyse, nicht nur in der Schweiz. Unterstützung durch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und (produkteunabhängig) durch Novartis Pharma Schweiz AG.

Hypertonie-Datenbank

Outcome hypertension registry

Hauptbeteiligte: P. Tschudi, D. Conen, G. Kaufmann, B. Martina, weitere Hausärzte, nationale Experten.

Hoher Blutdruck ist weltweit und in Europa der Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Behandlung reduziert das Risiko drastisch. Aber weniger als die Hälfte der Hypertoniker sind erfolgreich behandelt und sogar nur etwa 10% der Hochrisikopatienten. 90% aller Patienten, die in ärztlicher Kontrolle sind, werden in Hausarztpraxen gesehen und behandelt. Ein Schritt, das Hypertonie-Management in der Praxis zu erfassen, und ein Schritt in Richtung generelles, verbessertes Bluthochdruck-Management ist die erstmalige Einrichtung einer hausarztbasierten Datenbank.

Kontrolle einer Hypertonie-Behandlung

Impact of ambulatory blood pressure monitoring, plasma BNP and high-sensitive CRP for antihypertensive treatment guidance in medical outpatients

Autoren und Hauptbeteiligte: D. Conen, P. Tschudi, B. Martina.

Es ist erstaunlicherweise bis heute nicht bekannt, wie eine Hypertoniebehandlung am besten kontrolliert wird, durch konventionelle Praxis-Blutdruckmessung oder durch Langzeit-Blutdruckmessung? Die Studie geht dieser Frage nach.

Berufswahl von Medizinstudierenden

Berufsziel und Berufswahl von Medizinstudierenden. Umfrage bei Studierenden der Uni Basel (und anderen Universitäten) zu individuellen Daten und Zukunftsplänen

Autorin und Hauptbeteiligte: U. Halter, K. Bally, R. Isler, P. Tschudi, FIHAM Basel.

Weltweit besteht eine abnehmende Bereitschaft, den Beruf des Hausarztes zu ergreifen. Es gibt aber Hinweise dafür, dass vertiefte Einblicke in die hausärztliche Praxis und das Kennenlernen von Hausärzten als Vorbild während des Studiums angehende Ärzte motiviert, eine Weiterbildung zum Hausarzt ins Auge zu fassen. Es wurde für die vorliegende Studie die Hypothese aufgestellt, dass sich diejenigen Studierenden, welche ihr Einzelstudium mit dem 1:1-Teaching bei einem Hausarzt verbringen, später eher für eine Weiterbildung zum Hausarzt entschliessen als diejenigen, welche diese Zeit bei einem Spezialarzt oder in einer Klinik verbrachten. In der Studie soll untersucht werden, welchen Veränderungen das Berufsziel (Spezialisierung) von Medizinstudierenden während ihres Studiums unterworfen ist und welche Faktoren einen Einfluss auf die Wahl der Spezialisierung haben.

FIHAM-Lehrangebot 2004

Das Lehrangebot wird wie folgt bewältigt:

FIHAM

Lehrauftrag 1 Stunde für Hausarztmedizin 3 Ärzte

Blockkurs

Hausarztmedizin und Vorlesungen 15–20 Ärzte

Gruppenunterricht Hausarztmedizin 15 Ärzte

Einzelstudium in der Praxis 160–180 Ärzte

Themenblöcke und PO-Tutoriate 15–25 Ärzte

OSCE-Prüfungen und Staatsexamen 20–30 Ärzte



- Dabei sollen Hausärzte als Projektleiter federführend sein und bei der professionellen Abwicklung von Studien durch Partner mit entsprechender Erfahrung unterstützt werden.
- Diese Forschungstätigkeit soll darauf ausgerichtet sein, unsere tägliche Arbeit am Patienten zu optimieren. Nach dem Gewinn von praxisspezifischen Erkenntnissen für unseren Alltag sollen taugliche diagnostische und therapeutische Kriterien entwickelt werden.
- Es soll die Möglichkeit bestehen, eigene Fragestellungen einzubringen und mit Hilfe der anderen Hausärzte im Netzwerk die Fragestellungen zu beantworten.

Was kann konkret erwartet werden?

- Gründung eines Netzwerkes aus interessierten Hausärzten für die Entwicklung von Forschungsprojekten aus der Hausarztpraxis
- Förderung einer Aus- und Weiterbildung in klinischer Forschung für Hausärzte (Epidemiologie, EBM, Entwicklung von Studien, Fragebögen, Literatursuche usw.)

- Bezug professioneller Partner zur Lösung der vom Forschungsnetzwerk eingebrachten Fragestellungen

Wieso kann die Forschung aufgebaut werden?

- Mit der Gründung des Universitätsinstitutes für Hausarztmedizin tritt mit PD Dr. B. Martina ein erfahrener Praktiker in die Institutsleitung ein und wird mit einem 50%-Pensum für die hausärztliche Forschungstätigkeit zuständig sein. Dies erlaubt uns, neben der bisherigen und im gleichen Rahmen weiterzuführenden Ausbildungstätigkeit einen Forschungsschwerpunkt zu setzen.

International ist es unbestritten, dass eine starke hausärztliche Forschungstätigkeit für die Erhaltung unserer Qualität und auch im Hinblick auf eine kritische und unsere Tätigkeit immer wieder hinterfragende Lehre unabdingbar ist. Wir sind froh, dass wir in Basel als erste schweizerische Universitätsstadt die Möglichkeit haben, einen derartigen Schritt zu tun.

Seit November 2004 sind wir nun daran, das «Netzwerk Forschung in der Hausarztpraxis Basel» konkret aufzubauen. Über 50 Hausärzte aus der Region Basel haben sich bis jetzt bereit erklärt, sich an Forschungsprojekten zu beteiligen. Im April 2005 werden wir die ersten Forschungsprojekte starten: Cholesterinstudie und Hypertonie-Datenbank. Weiter ist für die forschenden Hausärzte ein Ausbildungsgang von 4 Nachmittagen geplant mit dem Ziel, Interesse, Verständnis und Grundkenntnisse für die Forschung in der Praxis zu wecken und zu fördern und als wichtigsten Schritt eigene Forschungshypothesen und -fragen zu formulieren und zu erarbeiten. Dies wird die Basis sein für die Forschungsprojekte in der Hausarztpraxis.

Die Tatsache, dass sich immer weniger junge Ärzte für eine Weiterbildung zum Hausarzt entschliessen, erfüllt weite Teile der Bevölkerung mit Sorge. Zunehmend können Praxen in ländlichen Gebieten, aber auch in Städten nicht mehr mit einem Hausarzt besetzt werden – eine adäquate sogenannte Grundversorgung der Schweizer Bevölkerung ist in unmittelbarer Zukunft gefährdet.

Die Gründung des ersten schweizerischen Universitätsinstitutes für Hausarztmedizin setzt hier ein wichtiges Zeichen. Die Anerkennung der hausärztlichen Lehrtätigkeit durch die Medizinische Fakultät Basel, durch Rektorat und Universitätsrat und letztlich auch durch die Regierungen unserer Kantone Basel-Stadt und Basel-Stadt wird im Rahmen des neugegründeten Institutes mit erweiterten personellen und finanziellen Mitteln eine fruchtbare Weiterentwicklung der Lehrtätigkeit, eine erfolgreiche Forschung in einem bisher vernachlässigten Bereich und hoffentlich auch eine Trendwende im Hinblick auf die Attraktivitätssteigerung des Berufs des Hausarztes bewirken.

Wenn Ärzte und Versicherung am gleichen Strick ziehen

Das New Case Management der Suva

E. Wiederkehr, Suva Luzern

Unfälle sind teuer: Fünf Prozent aller Unfälle machen 80 Prozent aller Kosten aus. Hier setzt die Suva mit dem New Case Management an, einer neuen Methode der Fallbetreuung. Ziel ist eine optimale Wiedereingliederung der Verunfallten ins Erwerbsleben. Entscheidend für das Gelingen ist auch das optimale Zusammenspiel zwischen behandelnden Ärzten und Versicherungsspezialisten.

Mehr als 730 000 Arbeits- und Freizeitunfälle von Erwerbstätigen haben die Schweizer Unfallversicherer im vergangenen Jahr verzeichnet, davon allein die Suva rund 440 000. Beunruhigend ist auch die Kostenentwicklung. Die Versicherungskosten der Suva betragen unterdessen mehr als vier Milliarden Franken pro Jahr. Verantwortlich für diese Zunahme sind u.a. die steigende Lebenserwartung, die veränderte Bevölkerungsstruktur der Erwerbstätigen und die wirtschaftliche Situation, die nach einem Unfall einer schnellen Eingliederung ins Erwerbsleben oft im Weg steht. Aber auch der gesellschaftliche Wandel spielt mit. Kunden haben heute veränderte Erwartungen an die Servicequalität der Dienstleistungen.

Eine Kundenbefragung im Jahr 1999 ergab zwar eine hohe Zufriedenheit der Verunfallten mit der Schadenabwicklung der Suva. Die Befragung zeigte aber auch einige Schwachpunkte auf. Gerade bei schwer Verunfallten spielt oft die Unsicherheit um den Arbeitsplatz bzw. das Erwerbseinkommen eine entscheidende Rolle. Denn das persönliche, berufliche, familiäre und soziale Umfeld – also Faktoren ausserhalb des Unfalles – haben einen massgeblichen Einfluss auf den Genesungsverlauf. Lange Zeit hatte sich die Suva darauf konzentriert, den Verunfallten eine optimale medizinische Behandlung

zu vermitteln und sich mit juristischen Fragen auseinanderzusetzen. Damit wurden aber die Erwartungen nicht in allen Teilen erfüllt.

Das Konzept NCM

Deshalb hat die Suva ihr Schadenmanagement vor einiger Zeit komplett neu ausgerichtet. Im Zentrum dieses New Case Management stehen Verunfallte mit einem komplexen Heilungsverlauf. Betroffen sind davon rund zwei Prozent der Schadenfälle, die aber 60 bis 70 Prozent der gesamten Versicherungskosten verursachen. Denn ob ein Komplexfall vorliegt oder nicht, hängt – wie oben erwähnt – nicht allein von der Art und Schwere der Verletzungen ab.

Wertvolle Unterstützung bieten dabei die Rehabilitationskliniken der Suva in Bellikon AG und Sion VS. In diesen Therapiezentren werden nicht nur die körperlichen, sondern auch die psychischen, sozialen und beruflichen Aspekte eines Unfalls berücksichtigt.

Management der komplexen Fälle

Das Case Management erfolgt bei der Suva nach einer genau definierten Methode: Speziell ausgebildete Versicherungsspezialisten, die Case Manager, analysieren möglichst früh nicht nur objektive Sachverhalte, sondern auch weitere Faktoren, die auf die Rekonvaleszenz einen Einfluss haben können. Zusammen mit internen und externen Spezialisten (z.B. behandelnde Ärzte, Rehakliniken, Stellenvermittler, Berufsberater) werden Ziele definiert und vereinbart (z.B. Behandlungs- und Therapieziele, Erhalten einer gewissen Tagesstruktur, schrittweise Arbeitsaufnahme). Der Case Manager unterstützt den Verunfallten, koordiniert die Leistungen mit anderen Versicherungen, vermittelt passende Einsätze beim bisherigen Arbeitgeber oder fördert die Eingliederung in einen neuen Beruf.

Rolle der behandelnden Ärzte

Die Case Managerinnen und Case Manager sind auch Ansprechpartner für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, z.B. bei Fragen, welche die berufliche Situation der Verunfallten betreffen. Denn nicht immer ist das medizinische Problem die alleinige Fragestellung bei einem Arztbesuch. Die Case Manager ihrerseits sind dankbar für Hinweise, welche für einen guten Heilungsverlauf eine Rolle spielen. Der Case Manager überprüft laufend den Erreichungsgrad der Ziele, die mit dem Verunfallten und den weiteren Beteiligten gesteckt wurden. Am Ende zieht der Case Manager über den abgeschlossenen Fall Bilanz und hält Erfahrungen und Ergebnisse als «Best Practice» fest. Der hohe Komplexitätsgrad solcher Fälle spricht für eine Bearbeitung in Case-Teams, in denen neben dem Case Manager stets ein Agenturarzt und ein Regresssachbearbeiter mitwirken. Je nach Bedarf bzw. aktueller Situation zieht das Case-Team die erwähnten internen oder externen Spezialisten bei. Case Management bedeutet deshalb auch Netzwerkmanagement.

Entscheidend für den Erfolg sind genügend qualifizierte Case Manager und die für die aufwendige Arbeit zur Verfügung stehende Zeit. Derzeit sind auf allen Agenturen der Suva gesamthaft rund 70 Case Manager voll- oder teilzeitlich im Einsatz. Ein Drittel der Case Manager sind Frauen. Die Suva hat sich zum Ziel gesetzt, insgesamt 130 Case Manager auszubilden.

Bisherige Erfahrungen

Case Manager schildern eine hohe Zufriedenheit von Verunfallten und deren Arbeitgebern mit dem Case Management der Suva. Für den Erfolg entscheidend ist aber auch das gegenseitige Verständnis und die Zusammenarbeit von behandelnden Ärzten und den Versicherungsspezialisten. Konkrete Zahlen über die Kostenwirksamkeit des New Case Ma-

nagement können erst nach drei bis fünf Jahren verbindlich ausgewiesen werden. Als Grundlage dazu führt die Suva seit 2003 eine wissenschaftlich angelegte Kostenwirksamkeitsstudie durch. Als ermutigendes Anzeichen darf gewertet

werden, dass im vergangenen Jahr die Rentenzahlen gegenüber dem Jahr 2003 zurückgegangen sind.

Weitere Informationen finden Sie unter www.suva.ch. Dort gibt es eine spezielle Webseite zum Thema New Case Manage-

ment bzw. Wiedereingliederung von Verunfallten, u.a. auch mit Informationen für Ärztinnen und Ärzte.

(www.suva.ch/de/home/suvacare/wiedereingliederung_von_verunfallten.htm)

Public Health

Realize it, oder wenn es Zeit wird, etwas zu ändern ...

Simone Rindlisbacher, Projektkoordinatorin Gesundheitsdienste, Abteilung Sucht, Sanitätsdepartement Basel-Stadt



«Ich möchte aufhören zu kiffen, aber ich merke, dass ich das ohne Unterstützung nicht schaffe», sagt Marc, der sich nach einigen gescheiterten Aufhörversuchen bei Realize it gemeldet hat. Er findet, dass für ihn die Nachteile des Kiffens inzwischen überwiegen: «Ich bin irgendwie aus dem Alter raus und möchte wissen, ob ich ohne Kiffen mehr Energie hätte.» Von Realize it hat Marc durch seine Ärztin erfahren, diese hatte ihm einen Flyer zugesteckt und gemeint, sie würde ihm das sehr empfehlen. Auf dem Flyer stand bloss «**Realize it, Beratung bei Cannabis-konsum**», das hat ihn neugierig gemacht. Realize it wendet sich an 15- bis 30jährige, die Probleme mit dem Kiffen haben und etwas dagegen unternehmen wollen. Das Beratungsprogramm – fünf Einzelgespräche und ein Gruppentreffen – unterstützt sie dabei, ihren Konsum zu reduzieren oder zu beenden. Bisher gab es kein spezifisches und fundiertes

Beratungsprogramm bei Cannabismissbrauch und -abhängigkeit, obschon seit einigen Jahren vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene deswegen Hilfe suchen. Das hat sich nun geändert.

Speziell an Realize it ist, dass es sich um eine gezielte Kurzberatung handelt und man sich im Internet unter www.realize-it.org genau darüber informieren kann, wie die Beratungstreffen ablaufen. Wer über Jahre fast täglich gekifft hat, für den kann es auch ein Erfolg sein, zunächst nur am Wochenende zu konsumieren oder eine Konsumpause von einem Monat einzulegen. Die Ziele werden darum bei Realize it individuell festgelegt.

Realize it wurde unter der Leitung von Dr. Peter Tossmann (delphi, Berlin) von Fachleuten aus je drei Beratungsstellen in der Schweiz und Deutschland ent-

wickelt. Das Programm wird hauptsächlich vom Bundesamt für Gesundheit (Bern), vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Berlin) sowie von den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Aargau finanziert. Projektträger ist die Abteilung Sucht der Gesundheitsdienste von Basel-Stadt. Um zuverlässige, übertragbare Ergebnisse der 18monatigen Modellphase zu erhalten, wird das Projekt von der Uni Fribourg wissenschaftlich begleitet.

In der Schweiz wird Realize it von folgenden Drogenberatungsstellen angeboten: Drop In Basel, Drogenberatung Baselland Reinach und Suchthilfe AVS Rheinfelden. Interessierte, welche die Projektnummer wählen, erhalten einen Ersttermin bei der Beratungsstelle in ihrer Nähe, **Tel. 0848 000 400** (8 Rp./min). Weitere Infos auch unter www.realize-it.org.

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!

Entwicklung der Methadonverschreibung für Baselbieter Patienten

Dr. med. Dominik Schorr, Kantonsarzt,
und Georges Krieg, Drogenbeauftragter

Aus epidemiologischer Sicht müssen drei Voraussetzungen gegeben sein, um eine Zunahme der Suchtkrankheiten möglich zu machen. Alle drei Faktoren werden durch die staatliche Suchtpolitik angegangen. Bewilligte Methadonprogramme stellen einen verwendbaren Indikator für die Zahl der Konsumenten von illegalen Drogen dar. Die Zahl der Programme ist in den letzten Jahren konstant leicht zurückgegangen, das Durchschnittsalter ist als Ausdruck der Alterung der Kohorte angestiegen, Neuerkrankungen sind selten.

Der suchtarartige Konsum illegaler Drogen stellt eine einschneidende und potentiell lebensbedrohliche Krankheit dar. Ziel einer staatlichen Drogenpolitik muss es sein, die Last der Krankheit sowohl für den einzelnen wie auch für die Gesellschaft zu minimieren. Der Erfolg der Politik misst sich nicht zuletzt an der Zahl der «Drogenkranken», die eine Gemeinschaft zu tragen hat. Für die öffentliche Hand ist die Schätzung der Prävalenz daher ein wichtiges Kontrollinstrument. Die Krankheit «Drogenkonsum» verhält sich epidemiologisch ähnlich wie eine Infektionskrankheit. Ein Individuum kann nur erkranken, wenn die gleichen drei Voraussetzungen erfüllt sind wie bei einer biologischen Ansteckung:

- Vorhandensein des krank machenden Agens (in diesem Fall der illegalen Substanz);
- Empfänglichkeit der Suchtpatienten/-innen. Ohne bestimmte Voraussetzungen in der Persönlichkeit wird eine Suchtkrankheit kaum ausbrechen. Manche Personen sind wohl auch weitgehend «immun»;
- günstige Umgebungsbedingungen. So wie ein infektiöser Erreger die richtige Temperatur, Luftfeuchtigkeit, ein geeignetes Lebensmittel oder soziale Verhältnisse für die Übertragung benötigt, entsteht auch die Abhängigkeit

von illegalen Substanzen nur, wenn räumliche und soziale Voraussetzungen einen mehr als flüchtigen Kontakt mit schon Erkrankten ermöglichen.

Die staatliche Gesundheitspolitik in der ganzen Schweiz («Vier-Säulen-Politik») setzt an allen drei obengenannten Punk-

ten an: Intensive Polizeiarbeit bewirkt durch die Bekämpfung des Drogenhandels eine Verringerung der verfügbaren Substanzen. Die individuellen Ressourcen von Jugendlichen, die ihnen helfen, einer Suchtentwicklung entgegenzustehen, werden durch gesundheitsfördernde Massnahmen im Frühbereich,

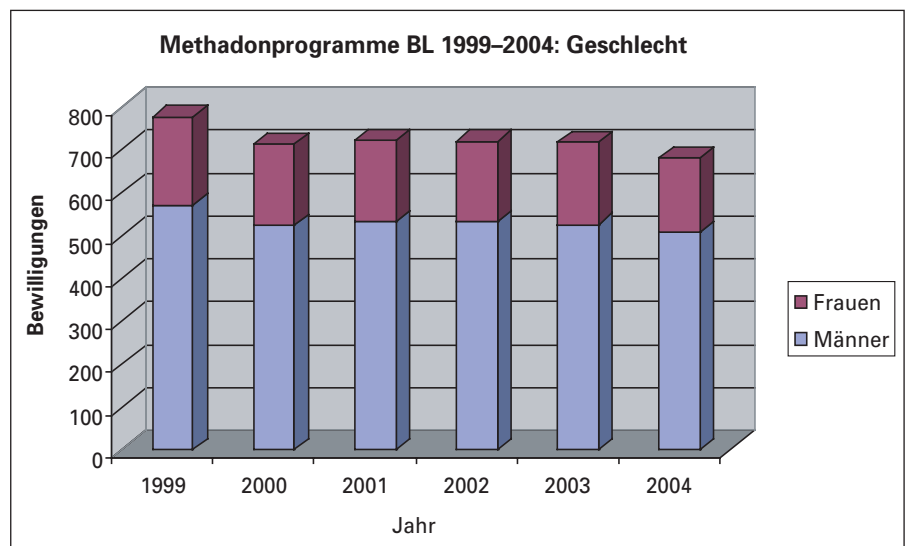


Abbildung 1

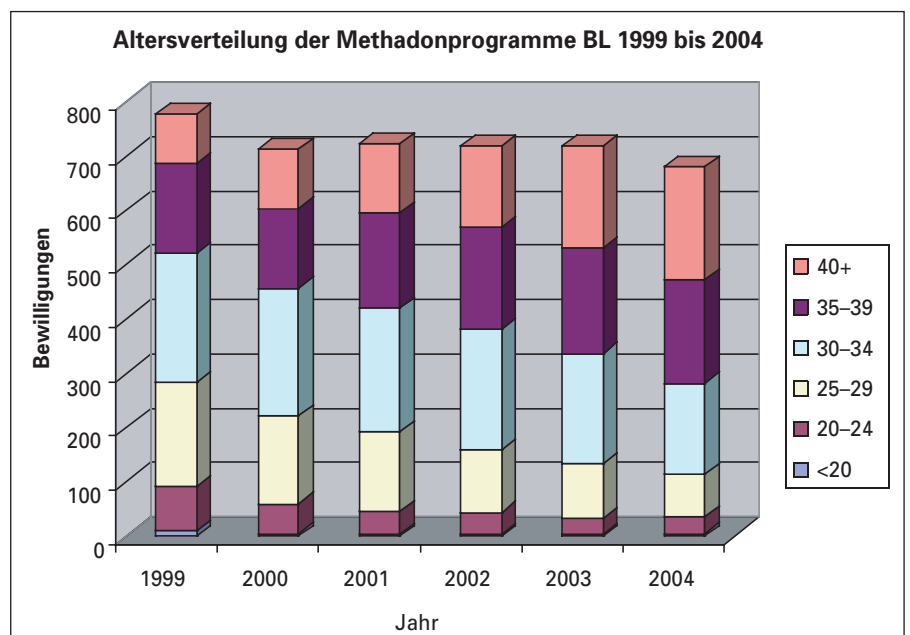


Abbildung 2

während der Schulzeit und in der Berufsausbildung gefördert. Konsequente Vermittlung von Substitutionsprogrammen und Ausstiegshilfen verringern die Zahl der illegal Konsumierenden und damit die Wahrscheinlichkeit eines Kontaktes zwischen Kranken und noch konsumfreien Jugendlichen. Die gleiche Wirkung wird durch repressive Massnahmen angestrebt, wie der Schliessung aller offenen Szenen und der rigorosen Ahndung des Konsums in der Öffentlichkeit. Das vierte Standbein der Politik, die Überlebenshilfe, wirkt durch Fürsorgeleistungen, Spritzenabgabe, geschützte und medizinisch sichere Injektionsräume ebenfalls auf den Umweltfaktor ein. Im Kanton Basel-Landschaft wurde **eine erste Prävalenzschätzung 1996** mit der Capture-Recapture-Methode durchgeführt. Das ist nichts anderes als die Erfassung der Drogenkonsumenten mit zwei oder mehr verschiedenen Zählmethoden und daraufhin Messung der Übereinstimmung. Unter Verwendung der Methadonbewilligungen, Hepatitis-

Meldungen, polizeilichen Anhaltungen, Rückführungen aus anderen Kantonen, stationären Therapien und anderen Quellen wurde die Gesamtzahl der aktuell Abhängigen im Kanton (also ohne abstinente Patienten) an irgendeinem Tag des Jahres auf knapp über 1000 geschätzt. Zu den Nachteilen der Methode gehört der grosse Aufwand, der eine regelmässige Schätzung nicht zulässt. Zudem ist diese mit einem erheblichen systematischen Bias behaftet: Medizinische Details werden am ehesten bei Beginn einer Behandlung erfasst. Dadurch scheinen die verschiedenen Register in übertriebener Weise übereinzustimmen. Die tatsächliche Anzahl der Klienten, vor allem der jüngeren, noch unbehandelten, muss über der geschätzten Zahl liegen.

Der Verlauf der «Epidemie» lässt sich leichter anhand eines Indikators beurteilen. Hier bietet sich die Zahl der bewilligten Methadonprogramme von selbst an: Die Daten sind leicht zugänglich, vollständig und stets aktuell. Da in der heu-

tigen Drogenpolitik die Substitution allen Klienten angeboten wird und keine nennenswerten Zugangshindernisse bestehen, darf angenommen werden, dass Veränderungen in der Bewilligungszahl echte Änderungen der Klientenzahl widerspiegeln.

Die beiliegenden Beispiele geben die Entwicklung der Bewilligungszahlen für Männer und Frauen von 1999 bis 2004 wieder sowie die Entwicklung in verschiedenen Altersgruppen. Die Abbildungen zeigen, dass die Zahl der substituierten Suchtpatienten heute langsam, aber stetig abnimmt. Deutlich ist zu erkennen, dass das Kollektiv als Kohorte altert. Ältere Suchtpatienten haben heute nur geringe Chancen, aus dem Konsum resp. der Substitution dauerhaft auszusteigen. Andererseits gibt es glücklicherweise nur noch wenige junge Leute, die frisch erkranken. Die Vier-Säulen-Politik, oder genauer gesagt die Arbeit aller Männer und Frauen, die sich für Suchtkranke einsetzen, hat ihr Ziel erreicht.

Beziehung, Glaube, Vertrauen – Soft-Ice?

Dr. med. Pierre Périat, Riehen

Das Editorial im SWISS MEDICAL FORUM 2005;05:159–160 von Prof. Reto Krapf «Wen behandeln: Gesunde oder Kranke?» (www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2005/2005-06/2005-06-002.PDF) und der Artikel «Integrierte Medizin» von Georg Schönbächler, ETH, und Hannes G. Pauli, Bern, u.a., SÄZ 1995; 76:1781–1783, haben die Grundlage für die folgenden Gedanken gegeben.

Reto Krapf 2005: *Der Wissenstransfer hat sich von der Suche nach Information zu einem automatischen oder sich aufdrängenden Liefern von Information (Push-Strategie) verändert. Bis zu einem gewissen Grade ist diese Strategie-Umkehr aufgrund der Komplexität und Dynamik in der Medizin gerechtfertigt. Unsere Fort- und Weiterbildung ist auch nichts anderes als Push-Strategie (...).*

Die Push-Strategie des Wissenstransfers hat aber diese Leitlinien längst überschritten (...)

Längst ist nicht mehr der Arzt die Zielscheibe dieser Push-Informationsstrategie. Dies ist der Patient nun selbst (...)

Die Politik der Push-Strategie ist aber schon viel weiter fortgeschritten. Nicht mehr nur der Patient, sondern der gesunde Mensch oder der «potentielle» Patient ist zur Zielscheibe dieser Strategie geworden. Mehr Interessantes dazu unter dem obigen Link.

Georg Schönbächler, 1995: *Die etablierte moderne Medizin hat ihre eigene subjektive Welt von Abstraktionen geschaffen – Krankheiten –, die oft weit entfernt sind von der subjektiven Welt der Patienten. Diese subjektive Welt hat medizinische Forscher instandgesetzt, Krankheitsphänomene erfolgreich unter Kontrolle zu bringen. Der Erfolg wird jedoch unvollständig bleiben, solange in der subjektiven Welt der Ärzte und derjenigen der Patienten nicht genügend gemeinsame Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit entstehen. (...)*

Auf der Strecke bleiben ebenfalls naturwissenschaftliche Erkenntnisse, die den

Lebewesen «organismische» Eigenschaften zuordnen wie Selbstorganisation, Wachstum, Regeneration, Heilung, Lernen und Selbsttranszendenz. (...)

Untersuchungen im Grenzbereich von Psychologie, Soziologie, Neurologie und Immunologie, die sich mit neuronalen Netzen und Rezeptoren in den Zellen des Immunsystems befassen, haben Zusammenhänge zwischen diesen Strukturen und Funktionen mit sozialen Umständen nachgewiesen. Das Immunsystem ist abhängig von der Bedeutung, die der Organismus einem einwirkenden Faktor erteilt. Die beste Erklärung für die heilsame Wirkung eines Placebos – eine Anomalie im Rahmen des mechanistischen Paradigmas – ist die einer Antwort des Organismus auf die symbolische Bedeutung einer therapeutischen Beziehung. Es gibt somit viele wissenschaftliche Hinweise für die Wirksamkeit von Beziehungen auf die Gesundheit.

Anstatt bereits damals zu fragen, welche Medizin unser Land und dessen Bevölkerung braucht, und die Tätigkeit der Medizin entsprechend diesen gesellschaftlichen Bedürfnissen anzupassen, ging man dazu über, der Gesellschaft die auf einem guten, aber unvollständigen Denkmodell beruhenden abstrakten medizinischen Ansichten von Gesundheit und Krankheit einzupauken, um so die Deckungsgleichheit der gemeinsamen Vorstellungen zu erreichen.

Nicht nur in der nichtmolekularen Psychiatrie, sondern auch in der Hausarztmedizin und eigentlich bei allen Ärzten, die sich für den Patienten und nicht nur für seine Krankheit interessieren, ist die *therapeutische Beziehung* das Fundament, das beim Patienten die eigenen Kräfte zur Selbstheilung anregen, stützen und im besten Fall zur Entfaltung bringen kann. Das *Vertrauen*, das beim Patienten durch die Beziehung entsteht, lässt den Glauben an die Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen wachsen und erreicht damit einen höheren Wirkungsgrad. Dies sind aber lauter «Soft»-Begriffe, die in der etablierten modernen Medizin mit ihrer eigenen subjektiven Welt

von Abstraktionen keinen Platz mehr haben.

Ein Vergleich aus der Politik: Helmut Hubacher am 26.3.2005 in der BaZ, Wortmeldung «Politische Glaubwürdigkeit und Vertrauen»: «In der Politik bildet Glaubwürdigkeit das Vertrauenskapital. Entscheidend ist nicht, ob andere gleicher Meinung sind wie wir. Schliesslich sind wir eine Demokratie. Deren Markenzeichen ist ja gerade die Meinungsfreiheit. Demokratie ist immer auch die Chance der Andersdenkenden.

Von der Politik und den Politikern dürfen wir aber eines verlangen: Glaubwürdigkeit. Was bedeutet sie konkret? Sagen, was man tut, was man sagt. So einfach ist das, besser gesagt, so einfach wäre das. Das Einfache war bekanntlich schon immer das Schwierigste. Ohne Glaubwürdigkeit gibt es kein Vertrauen. Dann geht gar nichts mehr. Vertrauen braucht es nicht allein in der Politik, auch im Geschäftsleben, im Verein, in der Hausgemeinschaft, überall. Vertrauen ist unbezahlbar.»

Ich würde Helmut Hubacher nicht als *soften Esoteriker* bezeichnen.

Glaube, dem die Tür versagt, kehrt als Aberglaub durch's Fenster. Wenn die Götter ihr verjagt, kommen die Gespenster.

(Emanuel Geibel)

... da denke ich an MRIs, Antidepressiva und andere Tabletten, physiotherapeutische Massnahmen, Spritzen, Präventionsstrategien bis hin zu den Zeugnissen, die bei einer klaren Auswahl als Hilfsmittel sinnvoll eingesetzt werden können, aber ohne Begleitung durch die «Soft»-Faktoren dem Patienten das Bedürfnis – manchmal das Lechzen – nach betreuender therapeutischer Beziehung nicht ersetzen können.

Die GAMBA-Generalversammlung ist am 25. Mai 2005 in der Mittenza.

Der GAMBA-Fortbildungstag ist am 8. September 2005 in der Mittenza.

Ein taugliches Hilfsmittel für die elektronische Krankengeschichte?

Dr. med. Anne-Catherine Guex, Basel

Ein spezieller Stift, welcher Handgeschriebenes digital erfasst und so das Tippen überflüssig macht, könnte schon

bald einmal den Alltag im Spital oder in der Praxis vereinfachen. Der Stift, welcher mit einer Infrarotkamera ausgerüstet ist, erfasst die Bewegungen auf einem speziellen, mit kaum sichtbaren Pünktchen

überzogenen Formular und leitet die Daten an einen Computer weiter. Dieses neue System soll in Kürze im Universitätsspital Basel getestet werden.

Tag der offenen Tür im Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung am 21. April 2005

In der Folge der vierten IV-Revision hat der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung Anfang dieses Jahres unter der Leitung von Dr. med. P. Vogt seine Arbeit aufgenommen. Dieser Dienst, der an der Wuhrmattstrasse 21 hinter dem Coop-Center in Bottmingen untergebracht ist, ist für die IV-Stellen Baselland und Basel-Stadt und damit für die meisten unserer Patienten zuständig. Dr. med. P. Vogt möchte Sie gerne einladen, am Donnerstag, dem 21.4.2005, nachmittags zwischen 14 und 17 Uhr sich persönlich ein Bild von seiner Einrichtung zu machen. Dabei soll auch Gelegenheit sein, im persönlichen Gespräch Themen zum Regionalen Ärztlichen Dienst und zur Invalidenversicherung im allgemeinen zu vertiefen. Beachten Sie bitte, dass in unmittelbarer Nähe keine Parkplätze zur Verfügung stehen.

In der nächsten Ausgabe der Synapse wird zudem ein ausführlicher Artikel zum Thema erscheinen.

Unbestechlicher Beobachter

Ausstellung über Max Kämpf

Dagmar Brunner

Im Museum Kleines Klingental sind zahlreiche, nie gezeigte Arbeiten aus dem Nachlass eines bedeutenden Kleinbasler Malers zu sehen.

«Ich ertrage offensichtlich keinen Zwang, ich tue, wenn ich darf, alles, wenn ich muss, nichts, ich bin blockiert. Kommt das Müssen aus mir heraus, dann bin ich sogar froh und gehe mit dem ganzen Elan an die Aufgabe. Dies ist so ungefähr das, was ich über mich zu sagen habe. Ich bin ein typischer Dürfer und ein miserabler Müsser.»

Der letzte Abschnitt aus Max Kämpfs kurzer biographischer Notiz, die er in flüssig-sauberer Handschrift verfasste, sagt viel über das besondere Wesen dieses Künstlers aus. Und es passt zu den Zeugnissen von Freunden und Bekannten, die seinen Eigensinn, seinen Stolz, seine starke Ausstrahlung betonen. «Megge» galt als Original und wurde später von jungen Kollegen geradezu verehrt. Ein Nachtmensch mit robuster Konstitution, der gerne rauchte, Bier trank und erzählte, höchst bescheiden lebte, dennoch grosszügig war und kompromisslos seinen Weg ging. Ein wachsamer Träumer mit starkem sozialem Empfinden und Engagement. Kein Wunder, dass die Menschen in seinen Bildern – auch die Kinder – fast immer von tiefem Ernst sind.

Liebe zum Echten

Geboren wurde Max Kämpf als letztes von drei Kindern einer Bäckerfamilie am 15. Mai 1912 an der Riehentorstrasse. Das Kleinbasler Industrie- und Handwerkerquartier prägte seine Jugendzeit ebenso wie die Kriegs- und die anschliessenden Krisenjahre. Nach der Schulzeit lernte er Flachmaler und arbeitete dann sieben Jahre als Geselle. In der Freizeit lief er Marathon und begann, beeindruckt von van Gogh und Böcklin, auch selber zu zeichnen und malen. Nebenher besuchte er einige Kurse an der Kunstgewerbeschule, und mit 27 entschloss er sich zu einem freien Künstlerleben. Da war er bereits kein Unbekannter mehr, hatte schon mehrfach ausgestellt, an verschiedenen Wettbewerben teilge-

nommen und dabei realisiert, dass ihm diese Art der «Vermarktung» nicht lag. Immer mehr zog er sich vom Kunstbetrieb zurück, hatte dennoch z.T. grossen Erfolg (u.a. bei Beyeler, in der Kunsthalle Basel und im Kunsthaus Zürich) und entwickelte sich zu einem wichtigen Vertreter der gegenständlichen Malerei. Doch einige seiner Werke provozierten auch, wurden als anstössig oder «kommunistisch» taxiert, verhindert und sogar verstümmelt.

Kämpf war parteilos, aber er stellte sein Atelier für Gesprächsrunden der damals verbotenen Partei der Arbeit zur Verfügung und kreierte für sie auch Werbematerial. 1954 konnte er China, in den siebziger Jahren mehrfach die USA besuchen, wo er Begegnungen mit Navajo-Indianern hatte, die ihn tief beeindruckten. Neben Porträts, Selbstporträts, Akten

und Tanzmotiven rückte er auch die Fasnacht immer wieder ins Bild, und zwar das wilde Treiben, nicht die gesitteten Umzüge. Überhaupt waren ihm das Ursprüngliche, die Schönheit einer alten Mauer, die Natur lieber als die Kulturlandschaft. Die nach fünf Themen gegliederte Schau im Kleinbasel zeigt vor allem späte Zeichnungen, die noch nie zu sehen waren, zudem eine Fotoserie und einen Kurzfilm. Dieser wurde kurz vor Kämpfs Krebstod 1982 über die von ihm begründete Künstlervereinigung «Kreis 48» gedreht, aber eigens für die Ausstellung neu geschnitten.

Ausstellung «Max Kämpf, Künstler, Kauz und Individualist»: bis Mi 29.6., Museum Kleines Klingental. Publikation Schwabe Verlag. Nach der Museumsausstellung sind auch zwei Verkaufsausstellungen in Basel und Sissach geplant.



Max Kämpf und seine von ihm porträtierte Mutter.

ProgrammZeitung: Kultur im Raum Basel

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

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

Consano-Symposium in Olten am 10. März 2005: «Die Medizinische Grundversorgung zwischen Kostennotwendigkeit, Rechtsunsicherheit und Spardruck»

Dr. med. M. Denger, Kaiseraugst

Obwohl das Symposium einen ausgezeichneten Überblick über die Problematik bot, konnte es leider wenig substantiell Neues bieten. Dies lag nicht an den Veranstaltern, sondern daran, dass sich bisher niemand berufen fühlte, bekannte Missstände zu korrigieren!

Prof. Thomas Szucs, Medizin-Ökonom, zeigte in seinem Referat die durch gewisse Kreise hartnäckig skotomisierte Tatsache auf, dass es medizinökonomisch niemals um die reinen Kosten gehen kann, sondern dass für die Beurteilung eines Arztes das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer bestimmten Massnahme massgebend ist. Teuer ist also nicht gleich kostenineffektiv, billig ist nicht gleich kosteneffektiv.

Dr. med. Alex Schwank zeigte auf, wie der Patientenmix einer Praxis zum Fallstrick wird: Das eine Prozent der «teuersten» Patienten verursacht 23%, die 10% teuersten 60% der Kosten. Alter und Geschlecht sind als Prädiktoren der Kosten ungenügend, es braucht weitere Kriterien (z.B. Hospitalisationen im Vorjahr). Verordnete Physiotherapie und Medikamente erscheinen in der Leistungserbringerstatistik, Überweisungen an andere Ärzte oder Polikliniken aber nicht. Beim gegenwärtigen System muss der Arzt also seine polymorbiden Patienten (diejenigen, die ihn am nötigsten haben!) abschieben, die andern grosszügig überweisen, auf die Verordnung von teuren Medikamenten, selbst wenn sie indiziert sind, verzichten, keine Patienten aus Randgruppen annehmen etc. Damit steigen zwar die Gesamtkosten des Gesundheitswesens, der Arzt ist der Gefahr von Rückforderungen aber nicht ausgesetzt.

Da nicht anzunehmen ist, dass nach dem Wegfall des Kontrahierungszwanges von den Versicherern vernünftiger Kriterien als bei den Rückforderungen angewendet würden, ist damit zu rechnen, dass die Ärzte gezwungen sein werden, die unwürdige Jagd der Krankenkassen auf gute Risiken bei sich selbst ebenfalls einzuführen.

Pia Ernst von der Schweizerischen Patientenorganisation SPO thematisierte die berechtigten Ängste der Patienten bezüglich Versorgungssicherheit und ungenügender Behandlung aus Angst vor Rückforderungen. Eine Aufhebung des Kontrahierungszwanges entspräche dem Kauf der Katze im Sack, da absolut unklar ist, nach welchen Kriterien Ärzte einen Vertrag bekämen oder eben nicht. Laut einer Umfrage müsste bei einer Auswahl der Ärzte rein nach Kostenkriterien die Prämie um Fr. 100.– sinken, damit die Patienten auf die freie Arztwahl verzichten. Könnten die Ärzte nach Qualitäts- und Kostenkriterien ausgewählt werden, müsste die Prämie nur um Fr. 40.– sinken, damit die Patienten die Aufhebung des Kontrahierungszwanges akzeptierten.

Roland Amstutz, Leiter des Kompetenzzentrums Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der santésuisse, verteidigte das geltende Verfahren. Er zeigte die Stufen des Wegs von der Rechnungsstellerstatistik (Überprüfung der Ärzte mit einem Schnitt von über 130% des Mittelwertes nach Alters- und Geschlechtskorrektur, Einzelfallprüfung usw.) bis zur konkreten Rückforderung auf.

Rechtsgutachten zum Physician Profiling: Die Organisatoren des Symposiums konnten zwei neue Rechtsgutachten präsentieren, welche das Kontrollverfahren der santésuisse kritisch beleuchten.

- *Ueli Kieser, Jurist, Gutachten «Überarztung, Verfahrensrechte der Ärztin/des Arztes»,* bemängelte die fehlende Übereinstimmung der santésuisse-Daten mit den Praxisdaten und die fehlerhafte Erhebung der Datenbestände in der Rechnungsstellerstatistik. Diese gelte aufgrund eines Urteils des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes im Gerichtsverfahren dennoch als Haupt-

beweis, obwohl die santésuisse-Daten eigentlich ein Beweisstück einer am Verfahren beteiligten Partei seien. Dies bedeutet, dass ein Gegenbeweis nicht zugelassen wird und faktisch kaum zu erbringen sei.

- *Monika Gattiker, Juristin, Gutachten über die Verfassungsmässigkeit:* Die Rückforderung von «zuviel» bezogenen, vom beschuldigten Arzt selbst eingenommenen Honoraren sei mit dem Wortlaut des KVG gedeckt. Die Rückforderung veranlasster Leistungen an Dritte (z.B. verordnete Physiotherapie oder in der Apotheke bezogene Medikamente) sei lediglich durch eine «fragwürdige Rechtsprechung» des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes mit Bezug auf einen Artikel aus dem AHV-Gesetz (!) und nicht durch den Gesetzestext des KVG gedeckt. Damit werde das Legalitätsprinzip verletzt.

Consano-Gründer *Dr. Cyrill Jeger* äusserte sich zu Visionen und zu neuen Impulsen von Consano. Er stellte dabei 15 Thesen auf. Alle Referate werden auf der Homepage von Consano www.consano.ch veröffentlicht. Diese ist überhaupt allen am

Thema Interessierten, d.h. allen Ärzten, sehr zu empfehlen.

Mein Kommentar:

Bedrückend an dieser interessanten Fortbildungsveranstaltung war, dass die vorgestellten Fakten im Prinzip längstens bekannt sind. Zumindest von aussen scheint es, dass sich sowohl FMH als auch Kantonal- und Fachgesellschaften an diesem unbequemen, aber für die Qualität der ärztlichen Behandlung deletären Problem vorbeimogeln, vermutlich aus Angst, ein Einsatz gegen die gegenwärtige Rückforderungspraxis würde von der Öffentlichkeit als «Decken der schwarzen Schafe» wahrgenommen.

Gegenwärtig wird nur der Input (= Kosten) eines Arztes beurteilt, dies ist unseriös. Zur Beurteilung muss auch der Output (= Nutzen) einbezogen werden. Der Output besteht auch, aber beileibe nicht ausschliesslich aus der Patientenzufriedenheit. Es ist unumgänglich, dass Ärzte und Krankenkassen gemeinsam dafür von beiden anerkannte, geeignete Messinstrumente entwickeln.

Während die Organspezialisten in der Regel in ihrer Gruppe relativ homogene Kosten ausweisen, sind die Grundversorger eine sehr heterogene Gruppe (psychosomatisch Tätige, Ärzte mit Zusatzausbildungen, Betreuung von Randgruppen etc.). Deshalb sind sie offenbar besonders gefährdet, in Rückforderungsverfahren zu geraten. Insofern sind die angewendeten Praktiken auch ein Beitrag zur ohnehin laufenden Dezimierung der Grundversorger und somit letztlich kostentreibend.

Ich erinnere daran, dass der heutige Vize-Direktor des BAG und Alt-FMH-Präsident Dr. med. H. H. Brunner vor Jahren eine explizite Rationierung der ärztlichen Leistungen gefordert hat, da die implizierte Rationierung ungerecht und für die Ärzte nicht zumutbar sei. Schon die dauernde Bedrohung durch Rückforderungen, vielmehr aber noch der wahrscheinlich kommende Fall des Kontrahierungszwanges müssten die ohnehin schon bestehende implizite Rationierung massiv verstärken. Es wäre interessant zu erfahren, wie sich Herr Brunner heute zum Problem stellt.

Fachstellen

Zur Tagung «Suchtbehandlung in der Praxis»

Peter Küllmer, BfA Münchenstein/Laufen

In Zusammenarbeit der Basellandschaftlichen Beratungsstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme (BfA) mit der Ärztesgesellschaft Baselland findet am Donnerstag, 26. Mai 2005 (14.00–17.00 Uhr), auf dem Schloss Ebenrain, Sissach, die 3. Fachtagung zum Thema Sucht statt. Die Themen und Referenten sind:

Cocaine – all around my brain

(Frau Dr. med. Claudine Aeschbach)

Medikamente – Zwischen Notwendigkeit und Missbrauch

(Herr Prof. Dr. med. Klaus Neftel)

Essstörungen – Ein Suchtproblem?

(Frau Dr. med. Barbara Rost)

Ärzte sind die wichtigste Schaltstelle zur Veränderung. Auch wenn sich in den letzten Jahren schon einiges verbessert hat,

bleibt noch viel zu tun. Die BfA richtet diese Tagung mit dem Ziel aus, praxisnah Know-how zu fördern, Kontakte zu ermöglichen und voneinander zu lernen. Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen nehmen zu. Immer vielfältiger werden die Bedingungen ihrer Entstehung und Aufrechterhaltung. Beides wandelt sich heutzutage schneller als früher und ist komplexer in seiner Wechselwirkung zueinander. Es vermischen sich die Kulturen des schädigenden Konsums ärztlich verordneter, legaler und illegaler Suchtmittel. Eine rasante Entwicklung vollzieht sich auch in den Möglichkeiten der medikamentösen Unterstützung. Begleitend zur psychosozialen Beratung verabreicht, erhöhen sie die Therapiechancen, leider aber auch die Gefahren der Ausbildung von neuer Abhängigkeit und Leid.

Der Arzt muss die wichtigsten Instrumente für die Diagnose von Suchtkranken kennen. Sein Pool an ihm bekannten Medikamenten hat aktualisiert den neuesten Entwicklungen zu entsprechen. Er sollte ausserdem das ambulante und stationäre Suchthelfersystem der Region kennen. Alle Alarmlampen müssten leuchten, wenn er bei sich Nihilismus gegenüber dem Kranken feststellt. Die Compliance eines Alkoholabhängigen ist genauso gut wie die eines Asthmatikers, Hypertonikers oder Fusspilzkranken. Es gilt, synergetisch niedrigschwellige Angebote zu machen bei gleichzeitigem Optimismus («Sie schaffen das – dranbleiben!») und dem unmissverständlichen Signal: «Meine Arbeit alleine greift zu kurz für Sie.» Wünschenswert wäre, wenn der Arzt über ein flexibles Repertoire zur Vermeidung von Gesprächs-

fallen in der Konsultation verfügte. Geht der Patient partout nicht zur Beratung, scheint es laut Forschung ratsam, wenn sich die ärztliche Gesprächsführung radikal an den Bedürfnissen des Patienten orientiert. Das bedeutet, nicht zu werten, sondern zu «spiegeln», zu akzeptieren, ohne allerdings jemals mit der Wahrheit hinter dem Berg zu halten, z.B.: «Bei Ihrer Suchtgeschichte ist es mit einer einmaligen, weisen Entscheidung nicht getan. Sie brauchen über längere Zeit Arbeit an sich selbst.»

Eine moderne Beratungsstelle ist heute unkompliziert und schnell zugänglich. Sie verfügt mit Atemlufttests, Medikamentenabgaben, kontrolliertem Trinken,

Einzel-, Paar-/Familientherapie und einem breiten Kurs- und Gruppenangebot über vielfältige Zugänge zur Veränderung – kostenlos und anonym. Leider wirken in der Öffentlichkeit immer noch veraltete Bilder von abstinenzbeseelten, moralisierenden Trinkerheilfürsorgern, die der heutigen Wirklichkeit nicht gerecht werden. Es gilt, unterschiedliche, individuelle Wege zur Heilung anzubieten in Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. Das kann bei einem Dreiergespräch in der Arztpraxis beginnen, aber auch bei einem Spital- oder Hausbesuch oder am Arbeitsplatz.

Die Werthaltung, das Beziehungsangebot und das Krankheitsbild des meist hu-

manistisch geprägten Suchttherapeuten ergänzen sich optimal zum klassisch medizinisch-naturwissenschaftlichen Paradigma (Noxe-Modell, direktive Anweisungen, autoritätsgläubige Beziehungsgestaltung) des Arztes. Patienten profitieren von dieser Unterschiedlichkeit und kommen damit besser zurecht, als die Angehörigen beider Berufsgruppen glauben.

Anmeldung/Infos: Martin Kofmel, beide BfA Münchenstein/Laufen; Tel. 061 411 04 55, muenchenstein@bfa-bl.ch, www.alkoholberatung.ch

Betriebswirtschaft

Mutterschaftsentschädigung MSE

*Martin Strauss,
Bucher & Strauss Versicherungen, Basel*

Am 1. Juli 2005 tritt mit der 7. Revision der Erwerbssatzordnung (EO) endlich auch die Mutterschaftsentschädigung (MSE) in Kraft. Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung haben Frauen, die zum Zeitpunkt der Geburt entweder Arbeitnehmerinnen oder Selbständigerwerbende sind oder die im Betrieb des Ehemannes oder Konkubinatspartners mitarbeiten und einen Barlohn vergütet erhalten. Spezielle Regelungen gelten für Arbeitslose und Bezügerinnen von Taggeldleistungen einer Sozial- oder Privatversicherung.

Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung entsteht, wenn die Anspruchsberechtigte während neun Monaten vor der Geburt des Kindes obligatorisch AHV-versichert war und in dieser Zeit mindestens während fünf Monaten eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat. Der Anspruch beginnt am Tag der Niederkunft und endet spätestens nach 14 Wochen (bzw. 98 Tagen). Wenn die Mutter die Erwerbstätigkeit vorher wieder aufnimmt, endet der Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung!

Die Höhe der Entschädigung beträgt 80% des vor der Geburt erzielten Erwerbsein-

kommens, höchstens aber 172 Franken pro Tag. Das maximale Taggeld wird bei einem Monatslohn von 6450 Franken resp. bei Selbständigerwerbenden bei einem Jahreseinkommen von 77 400 Franken erreicht.

Der Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung kann bei der zuständigen AHV-Ausgleichskasse (für Ärztinnen und Ärzte Kasse Nr. 28 medisuisse) von der Mutter via Arbeitgeber oder bei Selbständigerwerbenden direkt geltend gemacht werden. Den genauen Gesetzestext und die Anmeldeformulare finden Sie unter www.ahv.ch.

Was bedeutet das für Sie als Arbeitgeberin oder Arbeitgeber? Wenn Sie für Ihre Angestellten eine kollektive Krankentaggeldversicherung (KTG) mit Einschluss eines Geburtengeldes abgeschlossen haben, dann wird Ihnen Ihre Versicherungsgesellschaft mitteilen, wie sich der Vertrag verändern wird. Folgende Lösungen werden zur Zeit von den Versicherern geprüft: Aufhebung der Geburtengelddeckung oder eine Ergänzungsleistung zur Mutterschaftsentschädigung (Deckung des Überschusslohnes und/oder die Verlängerung der Leistungsdauer auf 16 Wochen). Je nach der entsprechenden Lösung werden sich auch die Prämien verändern. Denken Sie also daran, ab Juli den

Lohnabzug für das Krankentaggeld entsprechend zu korrigieren!

Wenn Sie für Ihre Angestellten ein Krankentaggeld ohne Geburtengeld abgeschlossen haben, dann ändert sich bei den Lohnabzügen nichts. Dessen ungeachtet haben Ihre weiblichen Angestellten jetzt auch Anrecht auf die Mutterschaftsentschädigung.

Wie ist das Vorgehen, wenn eine Geburt nach dem 25.3.2005 und vor dem 1.7.2005 erfolgt? Wenn Sie als Arbeitgeberin oder Arbeitgeber eine Krankentaggeldversicherung für Ihre Angestellten mit Geburtengeld haben, dann wird Ihnen diese die Entschädigung zahlen, und zwar über den 1.7.2005 hinaus. Im Rahmen einer Überentschädigung kann die Versicherungsgesellschaft die Mutterschaftsentschädigung verrechnen. Wenn Sie für Ihre Angestellten eine Krankentaggeldversicherung ohne Geburtengeld haben, dann wird der Mutter eine anteilmässige Mutterschaftsentschädigung ab 1.7.2005 entrichtet.

Haben Sie Fragen zur neuen Mutterschaftsentschädigung MSE, rufen Sie uns an (061 363 40 75 oder www.bucherstraus.ch).

Aus dem Vorstand BS

● **Inside Media AG: Werbeauftritt**

Die MedGes-Mitglieder wurden per Mail darauf aufmerksam gemacht, dass eine deutsche Mediengesellschaft versucht, an Ärztinnen und Ärzte Werbeauftritte im Vorfeld der Sendung «Gesundheit Sprechstunde» für 5000 Euro zu verkaufen. Offenbar hat diese deutsche Firma diese Sendezeit gekauft und versucht diese nun für weit mehr Geld weiterzuverkaufen. Wir möchten unsere Mitglieder darauf hinweisen, dass bei solchen (absolut überteuerten) Werbeauftritten die Richtlinien Information und Werbung der FMH sowie der MedGes unbedingt beachtet werden müssen.

● **Brief Swica betr. Hämatogramm IV und V**

Zahlreiche Mitglieder der MedGes haben ein Schreiben von der Swica erhalten, in welchem mitgeteilt wird, dass die Verrechnung von hämatologischen Parametern mit der Ziffer 8271.00 (Hämatogramm IV) und Ziffer 8272.00 (Hämatogramm V) den Fachärzten für Hämatologie vorbehalten sei. Diese Aussage der Swica

ist korrekt. Im Anhang A der Analysenliste sind jene Positionen aufgeführt, die nur von Fachärztinnen und Fachärzten in Rechnung gestellt werden dürfen, auf dieser Liste fungieren auch die Positionen 8271.00 Hämatogramm IV und 8272.00 Hämatogramm V. Es handelt sich dabei nicht um eine neue Regelung, viele Mitglieder hatten aber keine Kenntnis davon. Wir empfehlen Ihnen, sich künftig an diese Regelung zu halten.

● **Kommunikationsseminar**

Der MedGes-Vorstand hat sich in einer Klausur Gedanken gemacht, wie die MedGes sowie die Ärzteschaft in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, was Stärken und Schwächen des Verbandes sowie der Berufsgruppe sind. Die Klausur wurde von H.R. Bachmann, Qualimat, moderiert. In einem zweiten Schritt soll ein Workshop zum Thema in erweitertem Kreis (Meinungsbildner innerhalb der MedGes, Obleute, Vertreter des Sanitätsdepartements, der Patientenstelle, des Apothekerverband, von santésuisse und der Presse) stattfinden. Die MedGes erhofft sich, dadurch Erkenntnisse zu erlangen, wie das Image des Verbandes

sowie der Ärztinnen und Ärzte gepflegt werden kann. Ausserdem erhofft sich der Vorstand, dass die MedGes in Zukunft von allen Partnern im Gesundheitswesen besser wahrgenommen werden kann.

● **Generikakampagne**

Die MedGes plant – wie schon mehrfach erwähnt – gemeinsam mit der ÖKK und dem Baselstädtischen Apothekerverband im kommenden Herbst (voraussichtlich in den ersten beiden Septemberwochen) eine Generikakampagne. Für diese Kampagne konnten schon verschiedene Sponsoren gefunden werden. Geplant ist, in der Öffentlichkeit das Bewusstsein bezüglich der Existenz von Generika zu stärken. Es werden dafür Flyer entwickelt, die in den Praxen aufgelegt werden sollen. Des weiteren werden gemeinsame Medienauftritte und Standaktionen in der Stadt geplant.

● **Mitgliederversammlung**

Wie Sie bereits wissen, findet die diesjährige Mitgliederversammlung am 7. April 2005 im REHAB Basel statt. Im Vorfeld wird ab 18.45 Uhr vom REHAB ein Apéro offeriert, nach der Versammlung können sich interessierte Mitglieder durchs REHAB führen lassen. Wir bitten um eine Anmeldung beim MedGes-Sekretariat: Fax 061 560 15 16, info@medges.ch.

Aus dem Vorstand BL

Telemedizin in den Apotheken?

Vereinzelte haben auch in unserem Kanton Apotheken damit begonnen, in Zusammenarbeit mit Medgate Basel ihren Kunden eine telemedizinische Dienstleistung anzubieten. Auf Veranlassung des Vorstands der Ärztesgesellschaft Baselland hat sich der Kantonsarzt der Sache angenommen und mit einer grösseren Delegation die Firma Medgate besucht. Er richtete zudem eine Anfrage an die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Diese hält fest, dass die ärztliche Verantwortung voll beim beratenden Arzt von Medgate liege und der Patient der Beratung unter Anwesenheit des Apothekers ja freiwillig zustimme. Nach dieser juristischen Abklärung bestehe für die Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion VSD BL vorerst «keine Basis für das weitere Vorgehen». Der Vorstand sieht diese Aktivität als Versuch der Apothekerschaft, sich im Kampf um die Medikamentendistribution einen Vorteil zu verschaffen, kann aber wenig medizinischen Nutzen dabei erkennen. Dass einzelne Kassen diese im Tarmed bis

jetzt nicht vorgesehene Leistung auch noch entschädigen und gleichzeitig von der Ärzteschaft strengste Kostenneutralität bei der Tarifneueinführung fordern, ist befremdend.

Frühjahrs-GV am Donnerstag,

2. Juni 2005, 15.00 Uhr

Wie immer wird an der GV über die aktuellste politische Entwicklung informiert. Sie haben Gelegenheit zur Meinungsäusserung und Beeinflussung der Politik des Vorstands. Bereits gesetzte Themen sind u.a. News betreffend Tarmed und Kostenneutralität sowie die Vorlage zum SD-Gesetzesentwurf.

Institut für Hausarztmedizin an der Universität Basel gegründet

Am 14. März 2005 konnte nach jahrelanger Vorbereitung und dank konsequenter Beharrlichkeit vieler aktiver Hausärzte die Gründung des Instituts für Hausarztmedizin bekanntgegeben werden. An der Pressekonferenz zu diesem denkwürdigen Ereignis betonten die Regierungsräte

Carlo Conti (BS) und Erich Straumann (BL) beide, dass die Hausarztmedizin von grosser Wichtigkeit sei und dem drohenden Hausärztemangel nun Gegensteuer gegeben werden könne. Aus der Ärztesgesellschaft Baselland hat sich namentlich Dr. Ruedi Isler, Reigoldswil, für die Realisierung dieses Instituts eingesetzt. Ihm und allen andern Mitwirkenden, vorab den unzähligen Hausärztinnen und Hausärzten, die als Tutoren Zeit und Wissen zur Verfügung stellen, sei an dieser Stelle der beste Dank des Vorstands ausgesprochen. Leiter des Instituts sind Dr. Peter Tschudi, Basel, und PD Dr. Benedict Martina, Medizinische Poliklinik Universitätsspital Basel.

FFE – neues Formular

Auf unserer Website www.aerzte-bl.ch (Passwort für Mitglieder im Sekretariat erhältlich) ist neu ein Formular abrufbar, welches bei einem fürsorglichen Freiheitsentzug eingesetzt werden sollte. Sie erfahren alle wichtigen Kontaktadressen und Hinweise für das Vorgehen – auch betreffend Rechnungsstellung. Der Vorstand hat die von der Fachgruppe Psychiatrie erarbeiteten Unterlagen zustimmend zur Kenntnis genommen.

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: 19.5.2005



Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland

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



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

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

